



RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO CFU PER ATTIVITÀ FORMATIVE/LAVORATIVE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Matr. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

iscritto/a per l'a.a. \_\_\_\_\_ al I - II - III anno del Corso di Laurea in

\_\_\_\_\_

Curriculum \_\_\_\_\_

chiede il riconoscimento di crediti formativi per:

**ATTIVITA' FORMATIVA** (scegliere una delle seguenti tipologie segnando accanto)

- Conoscenze informatiche
- Laboratorio di lingua straniera
- Conoscenza lingua europea
- Laboratorio di scrittura italiana
- Attività sostitutiva di laboratorio

svolta presso (Istituto o Ente) \_\_\_\_\_

nel periodo \_\_\_\_\_ per un TOT. di ore \_\_\_\_\_

argomento dell'attività formativa:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ATTIVITÀ LAVORATIVA**

presso (Istituto o Ente) \_\_\_\_\_

con contratto a tempo determinato o indeterminato/progetto/collaborazione (specificare periodo)

\_\_\_\_\_

descrizione attività lavorativa:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TOTALE n. ore \_\_\_\_\_



**SERVIZIO CIVILE/VOLONTARIATO**

svolto presso (Istituto o Ente) \_\_\_\_\_

nel periodo \_\_\_\_\_ per un TOTALE ore \_\_\_\_\_

descrizione dell'attività svolta:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Allegati: (*barrare documenti consegnati*)

- Certificazione attività riportante tipo di attività svolta e monte ore
- Eventuale relazione a cura dello studente
- Altro \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma studente \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Prof. \_\_\_\_\_

Autorizza il riconoscimento di n. \_\_\_\_\_ CFU

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

RICEVUTA CONSEGNA MODULO RICONOSCIMENTO CFU ATTIVITA' FORMATIVE/LAVORATIVE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Matr \_\_\_\_\_

Corso di Laurea \_\_\_\_\_

Data consegna \_\_\_\_\_ (timbro Segreteria Studenti)