

## RICHIESTA DI PARERE PRELIMINARE SU ATTIVITA' ERASMUS

Al Presidente della Commissione Erasmus-Internazionalizzazione  
del Dipartimento di Medicina e Chirurgia  
Università degli Studi di Parma

Il/La sottoscritt\_.....

nat\_ a ..... il .....  
*(comune)* *(provincia)*

iscritto/a presso questa Università al.....anno del Corso di Laurea \_\_\_\_\_, matricola n....., risultato vincitore di una borsa di studio nell'ambito del Programma comunitario di scambio denominato Erasmus per l'a.a.....da usufruire presso l'Università di ..... nel periodo dal ..... al.....

### CHIEDE

**l'autorizzazione** a seguire i seguenti corsi e a sostenere i relativi esami presso l'Università ospitante in sostituzione dei corsi e degli esami a fianco indicati :

INSEGNAMENTI CHE SI INTENDE FREQUENTARE E SOSTENERE PRESSO L'UNIVERSITA' OSPITANTE	Crediti ECTS	INSEGNAMENTI CORRISPONDENTI DEL PROPRIO PIANO DI STUDIO CHE SI INTENDE SOSTITUIRE	CFU PREVISTI DA CONVALIDARE

Il/La sottoscritt\_ dichiara inoltre:

- di essere consapevole che il mancato rispetto delle propedeuticità previste dal regolamento didattico (in particolare si ricorda che prima di sostenere gli esami clinici dovranno essere superati tutti quelli preclinici), comporta l'impossibilità di ottenere la convalida degli esami sostenuti presso l'Università ospitante;
- di aver discusso il programma delle attività con il Coordinatore Erasmus, e di averlo sottoposto all'attenzione dei seguenti docenti (dei quali si allega dichiarazione) per le parti di rispettivo interesse ai fini di una eventuale futura convalida degli esami sostenuti all'estero:
  - Prof. .... Docente del corso .....
  - Prof. .... Docente del corso .....
  - Prof. .... Docente del corso .....
  - Prof. .... Docente del corso .....
  - Prof. .... Docente del corso .....
  - Prof. .... Docente del corso .....

Parma,.....

Firma