Al Presidente della Commissione Erasmus-Internazionalizzazione

del Dipartimento di Medicina e Chirurgia

Università degli Studi di Parma

Rif.: Parere preventivo attività studente ERASMUS/Overworld

In relazione alla richiesta di parere preventivo avanzata dallo studente ................................................................. matricola ............., iscritto/a al .................... anno del Corso di Laurea …………………………………………………………………………………………. presso l'Università degli Studi di Parma, che intende svolgere un periodo di studi all’estero presso l'Università di ......................................................................................................................................................................

nell'ambito del programma Erasmus/Overworld, in qualità di titolare del corso di ......................................................................................... , valutando i programmi degli insegnamenti che lo studente intende seguire presso l’Università partner, ovvero:

1).............................................................................................................................

2).............................................................................................................................

3).............................................................................................................................

O Giudico il/i programma/i equivalente/i a quello del corso da me svolto.

O Giudico il/i programma/i NON equivalente/i a quello del corso da me svolto.

O Giudico il/i programma/i PARZIALMENTE equivalente/i a quello del corso da me svolto e ritengo necessario il completamento con il/i MODULO/I seguente/i:

.……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….........................................................................................................................................................................

Parma, ……………………

Il Titolare del Corso

Prof. ………...................................