

AL PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE
ERASMUS-INTERNAZIONALIZZAZIONE
DEL DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA

Il/La sottoscritto/a _____ matricola n. _____

iscritto/a al _____ anno del C.L. in _____ per l'a.a. _____

Tel. N. _____ e-mail _____

CHIEDE

la convalida dei sotto indicati esami, sostenuti presso

l'Università di _____
nell'ambito del programma di scambio ERASMUS

INSEGNAMENTI SOSTENUTI PRESSO L'UNIVERSITA' OSPITANTE	Crediti ECTS	INSEGNAMENTI CORRISPONDENTI INSERITI NEL PROPRIO PIANO DI STUDIO DI CUI SI CHIEDE LA CONVALIDA	CFU PREVISTI DA CONVALI DARE

PARMA, _____

In fede

Allegare copia del Transcript of records e del Learning Agreement

(aggiornamento 2017)