

Al Coordinatore del Corso di Studio
Scuola delle Scienze, dell'Ingegneria e della Salute
Università degli Studi di Napoli "Parthenope"
Valido per tutti i CdS ad eccezione di Informatica Applicata

(cognome) _____ (nome) _____
nato a _____ il ___/___/___
domiciliato/a in (via/p.zza) _____
città _____ prov. (____) c.a.p. _____ tlf./cell. _____
e-mail _____@_____

iscritto al 1° 2° 3° anno FC matricola n.

Chiede

il riconoscimento della seguente voce presente nel proprio Piano di Studio:

- a** ULTERIORI CONOSCENZE
- b** ULTERIORI CONOSCENZE LINGUISTICHE
- c** LINGUA INGLESE ed ABILITA' INFORMATICA (*Scienze Motorie*)

a fronte della seguente certificazione che si allega e/o esame sostenuto:

- _____ ;
- _____ ;
- _____ ;

Autorizza al trattamento dei dati personali in conformità alla legge 675/1996

Napoli, li ___/___/___

_____ firma

Si autorizza la **SEGRETERIA STUDENTI** alla registrazione con data ___/___/___

a CFU ___ **b** CFU ___ **c** CFU ___

Il Coordinatore del Corso di Studio _____

firma