



SCRIVERE IN STAMPATELLO

AUTOCERTIFICAZIONE DEGLI ESAMI SOSTENUTI PRESSO CDL SCIENZE MOTORIE

(per iscrizione selezioni corso di laurea magistrale in Scienze e Tecnica dell'Attività Motoria Preventiva e Adattata)

(artt. 46 e 48 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

__I__ sottoscritt__ _____

nat__ a _____ (prov. _____)il _____

residente a _____ via _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____/_____ cellulare _____/_____ e-mail _____

- consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e di uso di atti falsi, incorrerà nelle pene stabilite dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia;
- consapevole che decadrà, con effetto retroattivo, dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera;

dichiara sotto la propria responsabilità

- di essere iscritto al Corso di Laurea Interfacoltà in Scienze Motorie;
- di avere superato i seguenti esami di profitto, riportando le votazioni a fianco di ciascuno indicate ed espresse in trentesimi:

ESAME	VOTO	DATA	CREDITI
_____	(_____)	(__/__/__)	(_____)
_____	(_____)	(__/__/__)	(_____)
_____	(_____)	(__/__/__)	(_____)
_____	(_____)	(__/__/__)	(_____)
_____	(_____)	(__/__/__)	(_____)
_____	(_____)	(__/__/__)	(_____)
_____	(_____)	(__/__/__)	(_____)
_____	(_____)	(__/__/__)	(_____)
_____	(_____)	(__/__/__)	(_____)
_____	(_____)	(__/__/__)	(_____)
_____	(_____)	(__/__/__)	(_____)
_____	(_____)	(__/__/__)	(_____)
_____	(_____)	(__/__/__)	(_____)
_____	(_____)	(__/__/__)	(_____)
_____	(_____)	(__/__/__)	(_____)



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CAGLIARI

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA – SEGRETERIA STUDENTI

____ (____) (___/___/___) (____)

____ (____) (___/___/___) (____)

____ (____) (___/___/___) (____)

____ (____) (___/___/___) (____)

____ (____) (___/___/___) (____)

____ (____) (___/___/___) (____)

____ (____) (___/___/___) (____)

____ (____) (___/___/___) (____)

____ (____) (___/___/___) (____)

____ (____) (___/___/___) (____)

____ (____) (___/___/___) (____)

____ (____) (___/___/___) (____)

____ (____) (___/___/___) (____)

____ (____) (___/___/___) (____)

____ (____) (___/___/___) (____)

____ (____) (___/___/___) (____)

____ (____) (___/___/___) (____)

____ (____) (___/___/___) (____)

____ (____) (___/___/___) (____)

____ (____) (___/___/___) (____)

____ (____) (___/___/___) (____)

▪ di avere seguito le attività didattiche opzionali (indicare i relativi CFU):

ATTIVITA' DIDATTICA	DATA	CREDITI
_____	(___/___/___)	(____)
_____	(___/___/___)	(____)
_____	(___/___/___)	(____)
_____	(___/___/___)	(____)
_____	(___/___/___)	(____)
_____	(___/___/___)	(____)
_____	(___/___/___)	(____)
_____	(___/___/___)	(____)

Cagliari, _____

_____ (firma)*

* La firma deve essere apposta in presenza di un addetto della Segreteria Studenti, previa esibizione di idoneo documento d'identità. In caso di spedizione o consegna tramite terze persone deve essere allegata una fotocopia fronte/retro di un documento d'identità.

I dati inseriti saranno trattati unicamente per finalità istituzionali dell'Università degli Studi di Cagliari
(Codice in materia di protezione dei dati personali - D.Lgs. 30/06/2003, n. 196)