

Bollo assolto con  
bollettino PagoPa  
da 16€

\* bollettino da richiedere alla segreteria master: [master-bio@unifi.it](mailto:master-bio@unifi.it)

**AL COMITATO ORDINATORE DEL MASTER IN \_\_\_\_\_**

c/o Segreteria Studenti Master - Settore Master, Post-Laurea e Formazione Professionalizzante - Area Medica. c/o N.I.C.- Padiglione 3 Didattica- Largo Brambilla, 3 - 50134 FIRENZE

**NB: L'istanza compilata e con tutti gli allegati deve essere spedita all'indirizzo mail: [master-bio@unifi.it](mailto:master-bio@unifi.it) come file unico in formato PDF**

**ANNO ACCADEMICO 20\_\_ /20\_\_**

**OGGETTO: DOMANDA DI RICONOSCIMENTO/SOSTITUZIONE CREDITI ACQUISITI ARTT. 4 e 5**

Regolamento per la istituzione ed il funzionamento dei Corsi di Master universitari, dei Corsi di Perfezionamento post laurea e dei Corsi di Aggiornamento Professionale.

Emanato con decreto rettorale, 22 febbraio 2011, n. 167 – prot. n. 12875.

**La/il sottoscritta/o**

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
Cognome Nome

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
Data nascita gg/mm/aa Comune di Nascita Provincia o Stato estero di nascita

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
Comune di Residenza Provincia (sigla) c.a.p.

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
Via /Piazza Telefono casa

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
Telefono Cellulare Indirizzo posta elettronica

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'**

**a) di aver conseguito presso \_\_\_\_\_**  
Si prega di indicare la sede ed il luogo: Università degli Studi di – Ente di Ricerca – Università Straniera

\_\_\_\_\_ **nell'anno accademico** | \_\_\_\_\_

**Il Diploma del Corso \_\_\_\_\_**  
Perfezionamento – Master diverso da quello per il quale si chiede l'abbreviazione

**In data \_\_\_\_\_ con il punteggio di \_\_\_\_\_**

**b) di aver frequentato il Corso Master in \_\_\_\_\_**  
Si prega di indicare la sede ed il luogo: Università degli Studi di – Ente di Ricerca – Università Straniera

**nell'anno accademico** | \_\_\_\_\_ **l sostenendo i sottoelencati esami :**

DENOMINAZIONE	S.S.D	CFU	SOSTENUTO IN DATA

**Note** : S.S.D. = Settore Scientifico Disciplinare  
 CFU = Crediti Formativi Universitari

Dichiara inoltre di  svolgere:  di aver svolto:

attività pratica - lavorativa nello specifico settore: \_\_\_\_\_

(idoneamente documentata e certificata)

### CHIEDE

- LA SOSTITUZIONE DEL TIROCINIO PREVISTO DAL PIANO FORMATIVO DEL MASTER CON L’ATTIVITA’ PRATICA-LAVORATIVA SVOLTA/DA SVOLGERSI NELLO SPECIFICO SETTORE
- IL RICONOSCIMENTO DEI CFU ACQUISITI CON CORRISPONDENTE RIDUZIONE DEL CARICO FORMATIVO
- LA PROPORZIONALE RIDUZIONE DELLA QUOTA DI ISCRIZIONE (solo per art.5 DR 22 febbraio 2011, n. 167)

Firenze, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**ALLEGA ( \* ) :**

- COPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO (*obbligatorio*)
  - COPIA DEL TITOLO DI STUDIO (DIPLOMA CORSO DI PERFEZIONAMENTO)
  - CERTIFICATO CONSEGUIMENTO MASTER CON GLI ESAMI SUPERATI ED IL TITOLO DELLA TESI
  - CERTIFICATO RELATIVO AL SUPERAMENTO PROVE INTERMEDIE “MODULI SINGOLI” DEL MASTER:
- 
- CERTIFICATO DELL’ATTIVITA’ PRATICA-LAVORATIVA SVOLTA
  - ALTRO: \_\_\_\_\_

(\*) LA MANCATA O INCOMPLETA PRESENTAZIONE DEGLI ALLEGATI PUÒ COSTITUIRE CAUSA DI NON ACCOGLIMENTO DELL’ISTANZA DA PARTE DEL COMITATO ORDINATORE DEL MASTER. Per i riconoscimenti di corsi effettuati presso l’Ateneo F.no i dati saranno acquisiti d’Ufficio.

**NOTA DELLA SEGRETERIA valida per l’articolo 5 del Regolamento**

Dopo la delibera della struttura didattica l’interessato sarà avvisato dalla Segreteria Studenti sull’accoglimento o meno dell’istanza ed in particolare sull’eventuale importo ridotto della seconda rata e/o sulle modalità di un parziale rimborso di quanto già versato in prima rata° (**°SOLO PER I MASTER I CUI DR PREVEDONO LA RATA UNICA**)