

**RICHIESTA RICONOSCIMENTO PUNTI LAUREA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) indirizzo \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti (art. 76 D.P.R. 445/2000), dichiara di aver svolto le attività sotto indicate elencate e ne chiede il riconoscimento per la determinazione del voto di laurea.

- Partecipazione Progetto ERASMUS  SI  NO
- Soggiorno all'estero come *free mover* (no ERASMSUS)  SI  NO
- Progress test negli a.a.: \_\_\_\_\_ n° tot. \_\_\_\_  
di cui n° \_\_\_\_ con punteggio pari o superiore alla media del proprio anno
- Partecipazione ad attività di ricerca con *abstracts* e/o pubblicazioni (allegare al presente modulo)

Il/la sottoscritto/a richiede inoltre il riconoscimento di 8 CFU ADE per le seguenti attività (l'attività ADE deve essere descritta anche in lingua inglese per il completamento del *Diploma Supplement*):

ADE	ADE (in lingua inglese)	CFU
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

ata e firma \_\_\_\_\_



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

Università degli Studi del Piemonte Orientale  
**Dipartimento di Medicina Traslazionale**

***Corso di Laurea in Medicina e chirurgia***

Firma studente \_\_\_\_\_