

Università degli Studi di Parma

ATTESTATO DI ATTIVITA' DIDATTICA ELETTIVA

CORSO DI LAUREA IN _____

Il sottoscritto _____ matricola _____,
Cognome Nome

iscritto al _____ anno del corso di laurea in _____

CHIEDE

al/alla Prof./Prof.ssa _____, responsabile dell'attività didattica
elettiva _____

svoltasi nell'anno accademico _____, nei seguenti periodi _____

l'attribuzione dei corrispondenti CFU, secondo quanto deliberato dal Consiglio di Corso di
Laurea.

Distinti saluti,

Parma, li _____ Firma dello Studente _____

DICHIARAZIONE DEL DOCENTE

***Il/la Prof./Prof.ssa _____ attesta
quanto sopra descritto.***

Timbro del Dipartimento Firma del docente _____

Il presente attestato di frequenza, debitamente compilato in ogni sua parte e firmato, dovrà essere recapitato ai Servizi gestione carriere Studenti dei Corsi di Laurea di indirizzo Medico e Odontoiatrico e dei Corsi per le Professioni Sanitarie e le Scienze Motorie, al termine dell'attività stessa e comunque non oltre il 30 settembre.

Gli uffici amministrativi provvederanno all'accREDITAMENTO nella carriera dello studente dell'attività didattica elettiva in questione, con i relativi crediti.