

AL PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE  
INTERNAZIONALIZZAZIONE  
DEL DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matricola n. \_\_\_\_\_

iscritto/a al \_\_\_\_\_ anno del C.L. in \_\_\_\_\_ per l'a.a. \_\_\_\_\_

Tel. N. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

CHIEDE

la convalida dei sotto indicati esami, sostenuti presso

l'Università di \_\_\_\_\_  
nell'ambito del programma di scambio ERASMUS/OVERWORLD

INSEGNAMENTI SOSTENUTI PRESSO L'UNIVERSITA' OSPITANTE	Crediti ECTS	INSEGNAMENTI CORRISPONDENTI INSERITI NEL PROPRIO PIANO DI STUDIO DI CUI SI CHIEDE LA CONVALIDA	CFU PREVISTI DA CONVALI DARE

PARMA, \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_

N.B.: in caso di Erasmus lo studente deve allegare copia del Transcript of records  
In caso di Overworld lo studente deve allegare copia dell'After Mobility

(aggiornamento 2019)