

# 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.