Università degli Studi Guglielmo Marconi

MODULO DI RICONOSCIMENTO CFU

AL MAGNIFICO RETTORE
DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI "GUGLIELMO MARCONI"

La valutazione del profilo professionale e culturale dell'interessato ai fini del riconoscimento dei crediti (CFU) non comporta per l'interessato nessun onere economico: è un servizio offerto dall'Università in modo completamente gratuito. Il presente modulo di richiesta è da considerare valido esclusivamente con questa dicitura.

MOD/B1

Il/la sottoscritto/a*		
Nato/a a*		Il*
Residente a*		Cap*
Codice Fiscale*		
Via*		
Tel	Cellulare*	
E-mail*		
Se Laureato indicare Corso di Laurea in:		
Presso l'Università:		
Se iscritto all'Università degli Studi Guglielmo Marconi indicare la Matricola:		

*campo obbligatorio

chiede

una valutazione delle proprie esperienze formative e lavorative ai fini dell'immatricolazione al **Corso di Laurea in**……
e che gli sia comunicato il numero dei crediti formativi riconosciuti, l'anno di iscrizione al Corso di laurea ed il relativo piano di studi.

A tal fine dichiara:

Eventuali esami universitari sostenuti in altre Università

N	ESAME	SSD	CFU	DATA ESAME	VOTO	UNIVERSITA'

Università degli Studi
Guglielmo Marconi

Ulteriori attività formative certificate

Dichiara inoltre di aver svolto o di svolgere le seguenti attività lavorative:

Il/La sottoscritto/a è consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che decade dagli eventuali benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000 s.m.i.); dichiara di essere a conoscenza che l'Amministrazione Universitaria procederà ad effettuare idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese (art.71 DPR 445/2000 s.m.i.).
Con riferimento all'informativa sulla privacy D.Lgs 196/2003, Il/La sottoscritto/a esprime il proprio espresso irrevocabile consenso al trattamento dei dati personali del/la medesimo/a per tutte le finalità e con tutte le modalità precisate nell'informativa stessa; nonché il consenso alla loro comunicazione a soggetti terzi appartenenti alle succitate categorie, nel rispetto delle norme applicabili in tema di riservatezza e di sicurezza; nonché il consenso al trattamento ed alla comunicazione di dati sensibili:

- quando ciò sia necessario allo svolgimento delle attività relative e connesse alla piena attuazione del rapporto didattico ed amministrativo con l'Università, all'instaurazione ed esecuzione del rapporto contrattuale connesso all'iscrizione al Corso di Laurea;
- a Enti, Istituzioni, Società, professionisti, consulenti con i quali l'Università si rapporta per il miglioramento dei propri servizi agli studenti, per l'accreditamento presso Paesi esteri ove l'Università ha o avrà proprie sedi, nonché per lo sviluppo di nuove iniziative formative;
- a banche e/o istituti di credito incaricati della regolazione dei pagamenti secondo le modalità convenute; istituti di assicurazione per la definizione di eventuali pratiche di risarcimento danni; enti od organismi autorizzati per l'assolvimento dei relativi obblighi nei limiti delle previsioni di legge; persone fisiche o giuridiche che, anche in forza di contratto con USGM, forniscono specifici servizi elaborativi o svolgono attività connesse, strumentali o di supporto a quelle di USGM.

Data _____**Firma**_____

Il presente modulo, compilato e firmato, andrà inoltrato via mail a riconoscimentocfu@unimarconi.it o spedito via fax allo 06/37725415/419 o inviato via posta a **Ufficio Riconoscimento Cfu –Via Plinio 44,00193** Roma.