

# DOMANDA DI VALUTAZIONE PER L'ACCESSO AI CORSI DI LAUREA MAGISTRALE

A.A. \_\_\_\_\_

**ALLA SEGRETERIA DIDATTICA DELLA  
SCUOLA DI \_\_\_\_\_**

**FIRENZE**

(gli indirizzi delle Segreterie Didattiche sono reperibili sui siti web delle Scuole all'indirizzo www.unifi.it)

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A**

cognome e nome   _____	
nato/a il  __ __   __ __   __ __ __ __  a   _____	prov.  __ __
cittadinanza   _____   Codice Fiscale  __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __	
residente in via/piazza   _____   n.   _____	
comune   _____   prov.  __ __  C.A.P.  __ __ __ __	
telefono   _____   e-mail   _____	
posta elettronica certificata PEC   _____	

**CHIEDE la valutazione del possesso dei requisiti curriculari e della personale preparazione ai fini del rilascio del NULLA OSTA per l'immatricolazione al**

**CORSO DI LAUREA MAGISTRALE** in | \_\_\_\_\_ |

CLASSE | \_\_\_\_\_ | *Indirizzo, orientamento o curriculum* | \_\_\_\_\_ |

**A TAL FINE DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del **D.P.R. 28/12/2000, n.445** e consapevole che chi dichiarerà il falso vedrà decadere i benefici ottenuti e incorrerà nelle sanzioni penali previste per le false dichiarazioni dagli artt. 75 e 76, del D.P.R. citato

di essere in **possesso del titolo accademico** conseguito presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ | (se Università di Firenze indicare il numero di matricola |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|) in | \_\_\_\_\_ |  
 Classe | \_\_\_\_\_ | conseguito in data | \_\_\_\_\_ | con votazione di |\_\_|\_| su |\_\_|\_| Lode  SI  
 materia di tesi | \_\_\_\_\_ |  
 titolo della tesi | \_\_\_\_\_ |

di essere **iscritto/a** presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ | (se Università di Firenze indicare il numero di matricola |\_\_|\_|\_\_|\_|\_|) al corso di laurea in \_\_\_\_\_ | Classe | \_\_\_\_\_ | , **di aver acquisito tutti i crediti previsti dal piano di studio.**

**VOTO DI LAUREA PRESUNTO:** \_\_\_\_\_

**DICHIARA INOLTRE DI AVER SOSTENUTO I SEGUENTI ESAMI (IN ALTERNATIVA ALLEGA AUTOCERTIFICAZIONE/COPIA CERTIFICAZIONE ESAMI SOSTENUTI)**

DENOMINAZIONE	S.S.D.	CFU	VOTO	SOSTENUTO IN DATA

DENOMINAZIONE	S.S.D.	CFU	VOTO	SOSTENUTO IN DATA

**Note :**

S.S.D. = Settore Scientifico Disciplinare  
CFU = Crediti Formativi Universitari

**CHIEDE, infine**

che tutte le comunicazioni relative alla suddetta richiesta vengano inviate al seguente indirizzo:

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

frazione/località \_\_\_\_\_

comune \_\_\_\_\_ prov. |\_|\_| C.A.P. |\_|\_|\_|\_| | \_

telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(firma)

**Allegati:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_