



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CAGLIARI
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA – SEGRETERIA STUDENTI

SCRIVERE IN STAMPATELLO

**AUTOCERTIFICAZIONE DEGLI ESAMI SOSTENUTI
 E DELLE FREQUENZE OTTENUTE PRESSO UN ALTRO ATENEIO**

(per richiesta nulla osta al trasferimento alla Facoltà di Medicina e Chirurgia)

(artt. 46 e 48 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

__I__ sottoscritt__ _____

nat__ a _____ (prov. _____) il _____

residente a _____ via _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____ / _____ cellulare _____ / _____ e-mail _____

- consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e di uso di atti falsi, incorrerà nelle pene stabilite dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia;
- consapevole che decadrà, con effetto retroattivo, dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera;

dichiara sotto la propria responsabilità

- di essere iscritto al Corso di Laurea / Corso di Laurea Specialistica

in _____

(Classe di laurea) dell'Università di _____

per l'Anno Accademico 20____/ 20____

- di essersi immatricolato/a in data _____ al _____ anno del Corso di Laurea / Corso di Laurea Specialistica in _____ per l'A.A. _____/ _____

- di essere stato/a iscritto/a nei seguenti a.a. presso il seguente Ateneo

A.A.	Anno di corso	Corso di Laurea/Laurea Specialistica	Ateneo
____/____	_____	_____	_____
____/____	_____	_____	_____
____/____	_____	_____	_____
____/____	_____	_____	_____



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CAGLIARI
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA – SEGRETERIA STUDENTI

SCRIVERE IN STAMPATELLO

/				
/				
/				
/				
/				
/				

- di avere superato i seguenti esami di profitto, riportando le votazioni a fianco di ciascuno indicate ed espresse in trentesimi

ESAME	VOTO	DATA	CREDITI
	()	(/ /)	()
	()	(/ /)	()
	()	(/ /)	()
	()	(/ /)	()
	()	(/ /)	()
	()	(/ /)	()
	()	(/ /)	()
	()	(/ /)	()
	()	(/ /)	()
	()	(/ /)	()
	()	(/ /)	()
	()	(/ /)	()
	()	(/ /)	()
	()	(/ /)	()
	()	(/ /)	()
	()	(/ /)	()
	()	(/ /)	()
	()	(/ /)	()
	()	(/ /)	()
	()	(/ /)	()
	()	(/ /)	()
	()	(/ /)	()
	()	(/ /)	()
	()	(/ /)	()

SCRIVERE IN STAMPATELLO



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CAGLIARI
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA – SEGRETERIA STUDENTI

_____ () (/ /) ()
_____ () (/ /) ()
_____ () (/ /) ()
_____ () (/ /) ()
_____ () (/ /) ()
_____ () (/ /) ()
_____ () (/ /) ()
_____ () (/ /) ()
_____ () (/ /) ()
_____ () (/ /) ()

- di avere ottenuto, inoltre, le seguenti attestazioni di frequenza:

- di avere seguito le attività didattiche opzionali (indicare i relativi CFU):

_____ () (/ /) ()
_____ () (/ /) ()
_____ () (/ /) ()
_____ () (/ /) ()
_____ () (/ /) ()
_____ () (/ /) ()
_____ () (/ /) ()
_____ () (/ /) ()
_____ () (/ /) ()
_____ () (/ /) ()

Cagliari, _____

_____ (firma)*

* La firma deve essere apposta in presenza di un addetto della Segreteria Studenti, previa esibizione di idoneo documento d'identità. In caso di spedizione o consegna tramite terze persone deve essere allegata una fotocopia fronte/retro di un documento d'identità.

I dati inseriti saranno trattati unicamente per finalità istituzionali dell'Università degli Studi di Cagliari
(Codice in materia di protezione dei dati personali - D.Lgs. 30/06/2003, n. 196)

Segreteria Studenti Medicina e Chirurgia – Cittadella Universitaria

S.S. 554 · Bivio per Sestu - 09042 Monserrato

Tel. ☎ 070 6754666/4667/4668/4669/4677 - Fax 📠 070 6754665 - ✉ segrstudmedicina@unica.it