



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CAGLIARI

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA – SEGRETERIA STUDENTI

RICONOSCIMENTO TITOLO ACCADEMICO STRANIERO

(per cittadini comunitari e non comunitari legalmente soggiornanti in Italia)

Marca da bollo da
€ 16,00

(da applicare a cura dell'interessato)

Al Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Cagliari

__ I __ sottoscritt__ _____

nat__ a _____ (prov. _____) il _____

codice fiscale _____ cittadinanza _____

residente a _____ via _____ n. _____

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

domiciliat_ a _____ via _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

CHIEDE

Il riconoscimento del titolo accademico _____ (*)

conseguito in data _____ presso l'Università di _____

_____ (**)

per il titolo accademico italiano di _____

indirizzo/orientamento _____

rilasciato dal corso di laurea/diploma in _____

della Facoltà di _____

A tal fine allega:

- Titolo di studio che consente l'immatricolazione all'Università (in originale), tradotto e legalizzato dall'Ambasciata o Consolato competente per territorio, corredato di dichiarazione di valore;
- Titolo accademico di cui si chiede il riconoscimento in originale, munito di traduzione ufficiale, legalizzazione e di dichiarazione di valore, a cura della Rappresentanza Diplomatica o Consolare Italiana competente per territorio;



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CAGLIARI

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA – SEGRETERIA STUDENTI

- Certificato di laurea/diploma in originale con indicazione dei corsi seguiti e degli esami sostenuti e relativi voti, per conseguire il titolo, tradotto e legalizzato dall'Ambasciata o Consolato d'Italia competente per territorio;
- Certificazione dell'Università straniera attestante l'effettiva immatricolazione al primo anno del corso di laurea, nonché la frequenza in loco degli insegnamenti relativi agli esami sostenuti, tradotto e legalizzato dalla predetta Ambasciata o Consolato d'Italia;
- Programmi ufficiali degli esami di cui si chiede la convalida, rilasciati dall'Università straniera (su carta intesta o avvalorati con timbro dell'università stessa) corredati di traduzione ufficiale;
- (solo per i cittadini italiani) Attestazione della Rappresentanza Diplomatico-Consolare italiana nel Paese estero in cui è stato rilasciato il titolo che comprovi l'effettivo soggiorno in loco dell'interessato per tutto il periodo degli studi universitari;
- Certificato di identità personale ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione;
- Due fotografie formato tessera, di cui una autentica;
- Ricevuta dell'avvenuto pagamento della tassa di € 293,65 per il riconoscimento di un titolo di studio accademico straniero.

Dichiara di non avere avviato altra procedura di riconoscimento titolo accademico straniero presso altra università italiana.

Firma

Cagliari, _____

(*) indicare la denominazione straniera

(**) indicare esattamente la denominazione straniera dell'Ateneo, indirizzo e paese

N.B.:

1) Nel caso di cittadini non comunitari residenti in Italia occorre allegare copia autenticata del permesso di soggiorno.

2) Per traduzione ufficiale si intende quella effettuata dalle Ambasciate o dai Consolati stranieri in Italia, dalle Ambasciate o dai consolati italiani all'estero e dai cosiddetti traduttori giurati, i cui nomi sono registrati come tali negli appositi elenchi depositati presso i Tribunali.

RICEVUTA DOMANDA PER IL RICONOSCIMENTO TITOLO ACCADEMICO STRANIERO

COGNOME E NOME

TIMBRO DI RICEVUTA

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