



DOMANDA DI RICONOSCIMENTO ESAMI PER DOPPIA ISCRIZIONE

AL CONSIGLIO DI DIPARTIMENTO

Il/La sottoscritt _____ Cognome e nome _____

Nat_ a _____ Il _____

Telefono cellulare _____ e-mail _____

Dichiara di essere attualmente iscritto/a per l'a.a. ____/____ ad un corso di

Laurea Laurea magistrale Laurea magistrale a ciclo unico Master di primo livello Master di secondo livello Dottorato di ricerca Specializzazione medica Specializzazione non medica Corso Afam

Presso: UNISOB Altro Ateneo Università estera

Nome e sede dell'Università (se diversa da Unisob)

Denominazione del corso di studio a cui sei iscritto/a

Classe di laurea (solo per corsi di laurea, laurea magistrale, laurea magistrale a ciclo unico)

Anno di corso a cui risulti iscritto/a

Il corso a cui sono iscritto/a è a frequenza obbligatoria Sì No

e di VOLERSI ISCRIVERE CONTEMPORANEAMENTE al seguente secondo corso di studio

Laurea Laurea magistrale Laurea magistrale a ciclo unico Master di primo livello Master di secondo livello Dottorato di ricerca Specializzazione presso l'Università degli studi Suor Orsola Benincasa

Denominazione del corso di studio a cui intendi iscriverti

Classe di laurea (solo per corsi di laurea, laurea magistrale, laurea magistrale a ciclo unico)

