

Al Presidente del Corso di Laurea Magistrale
in Odontoiatria e Protesi Dentaria
Sapienza Università di Roma
SEDE

**OGGETTO: Riconoscimento Studi - Richiesta convalida esami sostenuti in altri Corsi di Laurea –
Immatricolazione /Iscrizione.**

Il/La sottoscritto/a, nato/a a, il....., numero telefonico, e.mail....., immatricolato / iscritto al I anno del Corso di Laurea Magistrale in Odontoiatria e Protesi Dentaria della Sapienza Università di Roma nell'Anno Accademico/...., n° matricola, **chiede la convalida dei seguenti esami** sostenuti presso il Corso di Laurea in della Facoltà di.....dell'Università di

Denominazione	CFU /ora	Tipologia [es: annuale / semestrale]	Data	voto

Si allega copia: Certificato Esami sostenuti e relativi programmi [validati dall'Università di provenienza]

Data

Firma