

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

OGGETTO: Riconoscimento Studi - Richiesta convalida esami sostenuti - Trasferimento da altra Università.

Il sottoscritto, nato a
il....., numero telefonico....., e.mail....., iscritto al
..... anno del Corso di Laurea Specialistica / Magistrale in Odontoiatria e Protesi Dentaria Sapienza
Università di Roma nell'Anno Accademico/....., n° matricola, in seguito a
trasferimento dal Corso di Laurea Specialistica / Magistrale in Odontoiatria e Protesi Dentaria, dall'Università
....., chiede la convalida dei seguenti esami sostenuti:

Denominazione	CFU	voto	Data

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

Data

Firma