UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO

DIPARTIMENTO DI SCIENZE BIOMEDICHE PER LA SALUTE

SCUOLA SCIENZE MOTORIE

RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO CFU PER ATTIVITA' FORMATIVE/PROFESSIONALI
(NON ATTIVATE TRAMITE COSP)

Lo studente: Cognome …… Nome …….…… Matr. ……..

iscritto/a per l'a.a. …….. al [1] [2] [3] anno [fuori corso] del

Corso di Laurea [triennale] [magistrale] in ……
(indicare correttamente la denominazione del CdL)

chiede il riconoscimento di crediti formativi per:

ATTIVITA' FORMATIVA/PROFESSIONALE
(MAGISTRALE → svolta a partire dal 1° semestre del 2° anno**)**
(TRIENNALE → svolta a partire dal 2° semestre del 2° anno**)**

Scegliere una delle seguenti tipologie

Esperienze professionali certificate ◯ Attività laboratoriali interne ◯

svolta presso (Azienda/Istituto/Ente) …….

dal……..……..al**……(indicare la data di inizio e fine attività nel formato giorno/mese/anno**)

Breve descrizione (o titolo/contenuto) attività svolta:

……

……

……

……..

Per un TOT. di n. ore …… **riconoscimento di n.** …… **CFU**

ALLEGATI ◯ Relazione sull'attività svolta, controfirmata dal referente dell'azienda/ente o dal responsabile del laboratorio
◯ **In caso di corsi/brevetti/patentini** certificato di partecipazione e programma dell'evento.

Parte da compilare ESCLUSIVAMENTE a cura del Docente Tutor di Stage

Autorizzazione riconoscimento - Prof. …….

Data …… Firma ……..

Il presente modulo, debitamente compilato e firmato dal tutor universitario, dovrà essere inviato in allegato PDF a didattica.scienzemotorie@unimi.it , per la successiva trasmissione alle Segreterie Studenti per il caricamento in carriera.