Richiesta per il riconoscimento di CFU per ASS e UAF

Il/la Sottoscritto/a _____ c.f._____

nato a _____ (_____) il____/____/_____,

matricola _____ Anno Accademico di Immatricolazione _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

che le informazioni riportate di seguito sono **veritiere** e **NON sono state già presentate** per precedenti richieste di riconoscimento CFU per ASS e UAF

In fede Firma_____

Attività ASS	Data	CFU
	TOTALE CFU ASS	

	Data	CFU
	TOTALE CFU UAF	

N.B. - Verificare le specifiche attività riconosciute come ASS e UAF nelle specifiche pubblicate al link: https://sdr.medicinachirurgia.uniss.it/it/corsi-di-studio/infermieristica/attivita-scelta-dello-studente-e-ulteriori-attivita-formative

Saranno riconosciute esclusivamente attività svolte in presenza.