



UNISS

UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI SASSARI

DIPARTIMENTO DI
**MEDICINA, CHIRURGIA
E FARMACIA**

**DICHIARAZIONE DI CONSAPEVOLEZZA
RELATIVA ALLE PROPEDEUTICITÀ DIDATTICHE E AL LEARNING AGREEMENT**

Il/La sottoscritto/a _____, matricola n.
_____, iscritto/a al Corso di Laurea in
_____ presso Università degli Studi di Sassari,

DICHIARA

di essere stato/a informato/a in merito all'obbligo di rispetto delle propedeuticità previste dal Manifesto degli Studi del Corso di Studio di Medicina e Chirurgia.

Dichiara inoltre di essere consapevole che il mancato superamento degli esami propedeutici previsti dal Manifesto degli Studi del Corso di Studio di Medicina e Chirurgia potrà rendere necessaria la modifica del Learning Agreement, secondo le indicazioni del Corso di Laurea e degli uffici competenti.

Il/La sottoscritto/a dichiara altresì di aver compreso quanto sopra esposto e di accettarne integralmente le condizioni.

Luogo e data _____

Firma dello/a studente/ssa

Firma del referente dell'accordo