

MODULO DI RICHIESTA VALUTAZIONE RICONOSCIMENTO DEI CREDITI (CFU)¹

Cognome:			
Nome:			
Luogo di nascita:		Provincia:	
Data di nascita:		Cittadinanza:	
Codice Fiscale:			
Indirizzo di Residenza:			
Comune di Residenza:			
Provincia:		C.A.P.:	
Cellulare:			
Isritto al:	<input type="checkbox"/> 1° anno <input type="checkbox"/> 2° anno <input type="checkbox"/> Fuori corso		
Anno Accademico:			
CHIEDE			
La convalida CFU per il Corso di Studi Magistrale in Comunicazione Strategica (Classe di Laurea LM-94) per l'indirizzo:			
<input type="checkbox"/> Interpretariato di Conferenza Istituzionale, Diplomatica e Congressuale <i>(attivo nella sede di Padova)</i> <input type="checkbox"/> Web Marketing e Digital Business per l'Internazionalizzazione d'Impresa <i>(attivo nella sede di Padova)</i> <input type="checkbox"/> Teorie e Tecniche del Doppiaggio, Adattamento Testi e Sottotitolazione <i>(attivo nella sede di Padova)</i> <input type="checkbox"/> Traduzione Specialistica e Settoriale <i>(attivo nella sede di Brescia)</i>			

¹ La valutazione preventiva di riconoscimento crediti (CFU) non prevede alcun onere per l'interessato/a. Il documento sarà rilasciato entro 10 giorni dalla data di richiesta.



Lingua di studio:	
Prima Lingua Straniera <input checked="" type="checkbox"/> INGLESE (obbligatorio per tutti)	Seconda Lingua Straniera: <input type="checkbox"/> SPAGNOLO <input type="checkbox"/> FRANCESE <input type="checkbox"/> TEDESCO <input type="checkbox"/> RUSSO <input type="checkbox"/> CINESE

ESAMI SOSTENUTI NELLA PRECEDENTE UNIVERSITA'/SSML PER CUI SI RICHIEDE LA CONVALIDA:

	ESAME SOSTENUTO	SETTORE SCIENTIFICO (SSD)	CFU	VOTO	DATA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					



- Si richiede di allegare alla richiesta il Certificato di Carriera Accademica o Autodichiarazione di Carriera Accademica di tutti gli esami sostenuti nella precedente università/SSML.
- La Segreteria Didattica invierà la lista degli esami convalidabili entro 10gg dalla data di ricezione del documento.

INDIRIZZI A CUI INVIARE IL DOCUMENTO E RELATIVO ALLEGATO:

Sede di Padova: coordinamento.generale@ciels.it

Sede di Brescia: magistrale.brescia@ciels.it

UNICIELS SRL si impegna a proteggere la privacy dei propri utenti e a tutelare i dati personali raccolti ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del GDPR 679/2016 "Regolamento Generale UE sulla Protezione Dati".

Il/La Sottoscritt _____

- Dichiaro di aver letto l'informativa sulla privacy relativa al trattamento dei dati personali ex D.Lgs. 196/2003, Regolamento UE 2016/679 e successive modifiche, a tale riguardo, presto il consenso.
- Autorizza CIELS CAMPUS al trattamento dei dati per invio di materiale informativo per finalità connesse allo svolgimento delle attività istituzionali.
- Autorizza CIELS CAMPUS all'utilizzo di materiale fotografico in formato digitale, immagini video e registrazioni audio per finalità connesse allo svolgimento delle attività istituzionali.

Luogo e data _____ Firma dello studente _____