



Al Magnifico Rettore
dell'Università Ca' Foscari Venezia

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

codice fiscale _____

tel. _____ e-mail _____

in possesso del titolo accademico di _____

rilasciato dall'Università _____

Stato _____ in data _____ con votazione _____

CHIEDE

il riconoscimento del proprio titolo accademico con il Dottorato di Ricerca in:

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di non aver presentato istanza di riconoscimento dello stesso titolo presso altra Università italiana.

Data _____

Firma

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 si informa che il titolare del trattamento dei dati forniti è l'Università Ca' Foscari Venezia. I dati sono acquisiti e trattati esclusivamente per l'espletamento delle finalità istituzionali d'Ateneo; l'eventuale rifiuto di fornire i propri dati personali potrebbe comportare il mancato espletamento degli adempimenti necessari e delle procedure amministrative di gestione delle carriere studenti. Sono comunque riconosciuti i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679.