



Università
Ca' Foscari
Venezia

Al Magnifico Rettore
dell'Università Ca' Foscari
Venezia

Marca da bollo

Il/la sottoscritto/a (cognome, nome) _____

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

nato/a a (comune, prov.) _____ il _____

residente a (comune, prov.) _____ cap _____

in (via, p.zza) _____ n.civico _____

tel. _____ fax _____ e-mail _____

cittadinanza _____

in possesso del titolo accademico di _____

rilasciato dall'Università di _____

Stato _____ in data _____ con votazione _____

CHIEDE

il riconoscimento del proprio titolo accademico con la laurea in:

_____ classe _____

Tutti i dati forniti con il presente modulo sono utilizzati dall'Università esclusivamente per i fini istituzionali dell'ente e comunque nel rispetto del D. Lgs. 196/2003 in materia di tutela della riservatezza dei dati personali.

Data _____ Firma _____

Alla presente domanda deve essere allegata la seguente documentazione:

- diploma di maturità in originale o in copia autenticata, tradotto, legalizzato e con Dichiarazione di valore o Diploma supplement;
- titolo accademico in originale, tradotto, legalizzato e con Dichiarazione di valore o Diploma supplement;
- elenco degli esami sostenuti tradotto e legalizzato (attestante anche le ore di attività teorico-pratiche se previste);
- programmi degli esami sostenuti presso l'Università internazionale tradotti e legalizzati;
- altri eventuali titoli, conseguiti dopo la laurea, tradotti, legalizzati e con dichiarazione di valore;
- ricevuta del versamento di 300,00 Euro effettuato tramite bonifico bancario.