



MINISTERO DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA  
ALTA FORMAZIONE ARTISTICA E MUSICALE

ACCADEMIA DI BELLE ARTI STATALE DI VERONA

**DOMANDA DI RICONOSCIMENTO CREDITI**

Il/la sottoscritto/a:

Nome e Cognome:		matricola:	
Luogo e data di nascita:			
Num. di cellulare:		Mail:	

Iscritto/a per l'anno accademico \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_al Corso di:

Titolo Corso:			
Livello	<input type="checkbox"/> Primo Livello	<input type="checkbox"/> Secondo Livello	<input type="checkbox"/> Ciclo Unico

**CHIEDE**

la valutazione degli esami sostenuti e delle attività svolte, ai fini di eventuali riconoscimenti di crediti:

▪ Esami sostenuti presso l'Accademia di Belle Arti di Verona con matricola n. \_\_\_\_\_  
nel corso di Diploma Accademico di (Primo o Secondo) \_\_\_\_\_ Livello in \_\_\_\_\_

oppure

▪ Esami sostenuti presso \_\_\_\_\_  
nel corso di studi in \_\_\_\_\_

Diploma Accademico di Primo Livello

Diploma Accademico di Secondo Livello

Laurea

Laurea Magistrale

Master I° liv.

Master II° liv.

Allega autocertificazione ex art. 43 D.P.R. 445/2000 (mod. allegato 1) attestante il possesso dei titoli dichiarati, comprensiva dell'elenco degli insegnamenti con i rispettivi crediti maturati, settori scientifico disciplinari, voti e date di sostenimento degli esami. Allega, inoltre, fotocopia delle certificazioni dei titoli in suo possesso

Data \_\_\_\_\_

Firma