

Mod 1
**RICHIESTA RICONOSCIMENTO CREDITI NELL'AMBITO DEL
PERCORSO FORMATIVO DA 24 CFU**

crediti maturati nel corso degli studi universitari in forma curriculare, aggiuntiva o extracurriculare,
PRESSO L'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI FIRENZE
coerenti con gli obiettivi formativi, i contenuti e le attività formative di cui al DM 616/2017 e ai relativi allegati

ALL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FIRENZE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

cognome e nome | _____ |

nato/a il |__|__| |__|__| |__|__|__|__| a |_____ |

prov. |__|__| nazione |_____ |

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

tel./cell|_____ |e-mail |_____ @ _____ . _____ |

CHIEDE

la valutazione dei crediti maturati nel corso degli studi universitari in forma curriculare, aggiuntiva o extracurriculare, coerenti con gli obiettivi formativi, i contenuti e le attività formative di cui al DM 616/2017 e ai relativi allegati e

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole che chi dichiarerà il falso vedrà decadere i benefici ottenuti e incorrerà nelle sanzioni penali previste per le false dichiarazioni dagli artt. 75 e 76, del D.P.R. citato

DI AVER SOSTENUTO ESAMI O EFFETTUATO ATTIVITÀ FORMATIVE nel/nei Corso/i di studio
dell'Università degli Studi di Firenze:

SIGLA CDS	DESCRIZIONE CORSO DI STUDIO	NOME DEL CORSO DI STUDIO <i>(da compilare a cura del candidato)</i>
V.O.	Corso di Laurea Vecchio Ordinamento	
LT	Corso di Laurea Triennale	
LS/LM	Corso di Laurea Magistrale <i>oppure</i> Corso di Laurea Specialistica	
M	Master Universitario	
D	Dottorato di ricerca	
A	Altro (specificare)	

E NE RICHIEDE

la valutazione della coerenza degli obiettivi formativi, dei contenuti e le attività formative di cui al DM 616/2017 e ai relativi allegati:

DENOMINAZIONE INSEGNAMENTO O ATTIVITA' FORMATIVA	CORSO DI STUDIO ¹	DOCENTE	VOTO /30	S.S.D. ²	CFU ³	AMBITO ⁴
						A
						A
						A

DENOMINAZIONE INSEGNAMENTO O ATTIVITA' FORMATIVA	CORSO DI STUDIO ¹	DOCENTE	VOTO /30	S.S.D. ²	CFU ³	AMBITO ⁴
						B
						B
						B

DENOMINAZIONE INSEGNAMENTO O ATTIVITA' FORMATIVA	CORSO DI STUDIO ¹	DOCENTE	VOTO /30	S.S.D. ²	CFU ³	AMBITO ⁴
						C
						C
						C

DENOMINAZIONE INSEGNAMENTO O ATTIVITA' FORMATIVA	CORSO DI STUDIO ¹	DOCENTE	VOTO /30	S.S.D. ²	CFU ³	AMBITO ⁴
						D
						D
						D

Note per la compilazione della tabella: tutti i campi indicati in tabella sono obbligatori.

non verranno riconosciuti attività **con meno di 6 cfu** per ambito
verranno riconosciuti un **massimo di 12 cfu** per ambito (vedasi guida)

- 1 - Riportare la sigla del Corso di studio nel quale si è sostenuto l'esame così come indicata nella precedente tabella (es. V.O., LT...)
- 2 - Settore scientifico-disciplinare dell'esame (non richiesto per esami del Vecchio Ordinamento)
- 3 - Crediti formativi universitari (per gli esami del Vecchio Ordinamento indicare: S=semestrale, A=annuale)
- 4 - Indicare gli ambiti disciplinari per i quali il candidato richiede il riconoscimento, secondo la seguente legenda:
 - A. Pedagogia, pedagogia speciale e didattica dell'inclusione
 - B. Psicologia
 - C. Antropologia
 - D. Metodologie e tecnologie didattiche generali

DICHIARA INOLTRE

che l'Università degli studi Firenze è l'Ateneo presso cui sono stati acquisiti gli ultimi CFU validi ai fini del rilascio della certificazione unica finale. (N.B. Nel caso di competenze acquisite in curricula precedenti dello studente, la suddetta certificazione dovrà essere richiesta all'Istituzione che per ultima in ordine di tempo ha erogato le attività formative richieste dalla normativa.)

(data)

(firma)

Mod 2
**RICHIESTA RICONOSCIMENTO CREDITI NELL'AMBITO DEL
PERCORSO FORMATIVO DA 24 CFU**

crediti maturati nel corso degli studi universitari in forma curriculare, aggiuntiva o extracurriculare,
PRESSO ALTRO ATENEO

coerenti con gli obiettivi formativi, i contenuti e le attività formative di cui al DM 616/2017 e ai relativi allegati

ALL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FIRENZE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

cognome e nome | _____ |

nato/a il |__|__| |__|__| |__|__|__|__| a |_____ |

prov. |__|__| nazione |_____ |

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

tel./cell |_____ | e-mail |_____ @ _____ . _____ |

CHIEDE

la valutazione dei crediti maturati nel corso degli studi universitari svolti presso l'Università di:

|_____ |

in forma curriculare, aggiuntiva o extracurriculare, coerenti con gli obiettivi formativi, i contenuti e le attività formative di cui al DM 616/2017 e ai relativi allegati.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole che chi dichiarerà il falso vedrà decadere i benefici ottenuti e incorrerà nelle sanzioni penali previste per le false dichiarazioni dagli artt. 75 e 76, del D.P.R. citato **DI AVER SOSTENUTO ESAMI O EFFETTUATO ATTIVITÀ FORMATIVE** nel/nei Corso/i di studio:

SIGLA CDS	DESCRIZIONE CORSO DI STUDIO	NOME DEL CORSO DI STUDIO <i>(da compilare a cura del candidato)</i>
V.O.	Corso di Laurea Vecchio Ordinamento	
LT	Corso di Laurea Triennale	
LS/LM	Corso di Laurea Magistrale <i>oppure</i> Corso di Laurea Specialistica	
M	Master Universitario	
D	Dottorato di ricerca	
A	Altro (specificare)	

E NE RICHIEDE

la valutazione della coerenza degli obiettivi formativi, dei contenuti e le attività formative di cui al DM 616/2017 e ai relativi allegati:

DENOMINAZIONE INSEGNAMENTO O ATTIVITA' FORMATIVA	CORSO DI STUDIO ¹	VOTO /30	DATA	S.S.D. ²	CFU ³	AMBITO ⁴
						A
						A
						A

DENOMINAZIONE INSEGNAMENTO O ATTIVITA' FORMATIVA	CORSO DI STUDIO ¹	VOTO /30	DATA	S.S.D. ²	CFU ³	AMBITO ⁴
						B
						B
						B

DENOMINAZIONE INSEGNAMENTO O ATTIVITA' FORMATIVA	CORSO DI STUDIO ¹	VOTO /30	DATA	S.S.D. ²	CFU ³	AMBITO ⁴
						C
						C
						C

DENOMINAZIONE INSEGNAMENTO O ATTIVITA' FORMATIVA	CORSO DI STUDIO ¹	VOTO /30	DATA	S.S.D. ²	CFU ³	AMBITO ⁴
						D
						D
						D

In base a quanto disposto dal DM 616/17 è obbligatorio allegare, per ogni insegnamento di cui si richiede il riconoscimento, obiettivi formativi e/o programma affrontato dal candidato, rilasciati dalla/e Università presso la/e quale/i sono stati sostenuti gli stessi, pena la nullità della richiesta. Non saranno valutati moduli privi degli allegati obbligatori

Note per la compilazione della tabella: tutti i campi indicati in tabella sono obbligatori.

non verranno riconosciuti attività **con meno di 6 cfu** per ambito
verranno riconosciuti un **massimo di 12 cfu** per ambito (vedasi guida)

1 – Riportare la sigla del Corso di studio nel quale si è sostenuto l'esame così come indicata nella precedente tabella (es. V.O., LT...)

2 – Settore scientifico-disciplinare dell'esame (non richiesto per esami del Vecchio Ordinamento)

3 – Crediti formativi universitari (per gli esami del Vecchio Ordinamento indicare: S=semestrale, A=annuale)

4 – Indicare gli ambiti disciplinari per i quali il candidato richiede il riconoscimento, secondo la seguente legenda:

- A** Pedagogia, pedagogia speciale e didattica dell'inclusione
- B** Psicologia
- C** Antropologia
- D** Metodologie e tecnologie didattiche generali
- E**

DICHIARA INOLTRE

che l'Università degli studi Firenze è l'Ateneo presso cui sono stati o saranno acquisiti gli ultimi CFU validi ai fini del rilascio della certificazione unica finale. (N.B. Nel caso di competenze acquisite in curricula precedenti dello studente, la suddetta certificazione dovrà essere richiesta all'Istituzione che per ultima in ordine di tempo ha erogato le attività formative richieste dalla normativa.)

_____ (data)

_____ (firma)