

ISTITUTO SUPERIORE DI SCIENZE RELIGIOSE DI CAGLIARI – MOD/B

DOMANDA DI ABBREVIAZIONE DI CORSO

Illustrissimo sig. Direttore  
Istituto Superiore di Scienze Religiose di Cagliari

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_, nat a \_\_\_\_\_,  
il / / \_\_\_\_\_, regolarmente iscritto/a al \_\_\_\_\_ anno del \_\_\_\_\_ ciclo dell'Anno Accademico  
20 / \_\_\_\_\_ presso questo Istituto col numero di matricola \_\_\_\_\_,

chiede

che gli vengano riconosciuti gli esami e/o le attività sostenute presso altra Istituzione accademica al fine di ottenere un'abbreviazione del proprio corso di studi. Alla domanda allega i seguenti documenti:

1. Attestazione della Segreteria dell'Istituto di provenienza degli eventuali Titoli/Gradi accademici già sostenuti, con indicazione del voto;
2. Analitico degli esami sostenuti, con indicazione del voto e dei crediti, rilasciato dalla Segreteria dell'Istituto di provenienza.

Data / /

Firma del richiedente \_\_\_\_\_