

DOMANDA DI ABBREVIAZIONE DI CORSO

Illustrissimo sig .Direttore  
Istituto Superiore di Scienze Religiose di Cagliari

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, regolarmente iscritto/a al primo anno del \_\_\_\_\_ ciclo dell'A.A. \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_