

PONTIFICIA FACOLTÀ TEOLOGICA DELLA SARDEGNA  
**ISTITUTO SUPERIORE DI SCIENZE RELIGIOSE DI CAGLIARI**

**DOMANDA DI ABBREVIAZIONE DI CORSO**

Illustrissimo sig. Direttore  
Istituto Superiore di Scienze Religiose di Cagliari

Il/La sottoscritto/a

(Nome) \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_,

nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_,

regolarmente iscritto/a al \_\_\_ anno del \_\_\_\_\_ ciclo dell'A.A. 20\_\_\_/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 \_\_\_\_\_