

Lettera di accettazione al percorso formativo post-lauream

Da compilare a cura del responsabile o referente del percorso formativo.

L'allegato dovrà essere firmato digitalmente dal dichiarante o, in alternativa, con firma autografa su carta intestata o timbrata su ogni pagina.

I campi contrassegnati da asterisco (*) sono obbligatori

Il/La sottoscritto/a* _____, in qualità di **Responsabile del percorso formativo** (indicare il titolo del percorso formativo come risulta dal manifesto didattico)*

_____ - Università* _____

Facoltà/Dipartimento* _____ **oppure** Istituzione non
universitaria _____ città* _____

Stato* _____ tel/cell.* _____ e-mail/PEC* _____

(Compilare in alternativa alla sezione precedente)

Il/La sottoscritto/a* _____, in qualità di **Referente del percorso formativo** (indicare il titolo del percorso formativo come risulta dal manifesto didattico)*

_____ - Università* _____

Facoltà/Dipartimento* _____ **oppure** Istituzione non
universitaria _____ città* _____

Stato* _____ tel/cell.* _____ e-mail/PEC* _____

DICHIARA CHE:

il/la Dottor/Dott.ssa* _____ nato/a a _____ Prov. _____

codice fiscale _____

➤ È ammesso/a a frequentare il percorso formativo _____
per l'anno accademico* _____ / _____

➤ Il percorso formativo si svolge presso l'Università di* _____
Facoltà/Dipartimento* _____, **oppure** istituzione non universitaria

_____ via/piazza _____ n° _____

CAP _____ città* _____ Stato* _____

- L'importo complessivo delle tasse universitarie¹ è pari a euro*: _____
- Data inizio del percorso (avvio attività formative)*: ____/____/____
- Data fine del percorso (conseguimento titolo)*: ____/____/____
- Modalità di frequenza*:
 - 100% in presenza
 - Mista - Fino al 30% a distanza
 - Mista - Tra il 30% e fino al 70% a distanza
 - Oltre il 70% a distanza
- Numero CFU/ECTS/CFA rilasciati*: _____ oppure, se utilizzato un altro sistema di misurazione delle attività, durata complessiva del percorso formativo espressa in ore*: _____
- Il percorso rilascia il titolo di*: (*barrare un'unica casella*)
 - Master erogato da università italiana operante al di fuori della Sardegna
 - Master di primo livello
 - Master di secondo livello
 - Master erogato da università estera operante al di fuori del territorio italiano
 - Master erogato da Business School facente capo ad università, in Italia e all'estero
 - Master o corso di perfezionamento *post-lauream* erogato da istituzione di istruzione superiore AFAM
 - Master alta professionalizzazione erogato da istituzione non universitaria, in Italia e all'estero, accreditato (*barrare almeno una casella*):
 - ASFOR
 - EQUIS
 - AACSB
 - AMBA
- Il percorso formativo appartiene al seguente ambito disciplinare*:
 - STEM
 - non STEM

Luogo e data*, _____ - ____/____/____

Firma del dichiarante*
(autografa o digitale)

¹ Relative all'anno di riferimento