



*Ministero dell'Università e della Ricerca*

*Alta Formazione Artistica e Musicale*

**ACCADEMIA DI BELLE ARTI DI LECCE**

Via G. Libertini, 3 - 73100 Lecce - Tel. 0832/258635

[protocollo@accademialecce.it](mailto:protocollo@accademialecce.it) - [accademiabelleartilecce@pec.it](mailto:accademiabelleartilecce@pec.it)

C.F. 93021080754

Al Direttore

Dell'Accademia di Belle Arti Di Lecce

**RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO DI CREDITI FORMATIVI AI SENSI DEL D.M. 616/2017**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ prov (\_\_\_\_) il  
\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n.  
\_\_\_\_\_ C.a.p. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ e-mail  
\_\_\_\_\_

sotto la propria responsabilità dichiara:

1) Di essere regolarmente iscritto presso codesta Accademia al \_\_\_\_\_ anno del corso  
di \_\_\_\_\_

2) Di essere in possesso del seguente titolo di studio di I Livello  
\_\_\_\_\_ conseguito il \_\_\_\_\_ presso  
\_\_\_\_\_

3) Di essere in possesso del seguente titolo di studio di II Livello o Vecchio Ordinamento  
\_\_\_\_\_ conseguito il \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_

**CHIEDE IL RICONOSCIMENTO**

dei crediti maturati nel corso degli studi negli ambiti di cui all'art. 3, comma 7 del D.M. 616/2017 tal  
fine il sottoscritto DICHIARA di aver sostenuto gli esami riportati nella tabella allegata.

Lecce,

con osservanza

