



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 - 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

