



Università  
degli Studi di  
Messina

DIPARTIMENTO DI SCIENZE BIOMEDICHE, ODONTOIATRICHE E DELLE IMMAGINI MORFOLOGICHE E FUNZIONALI  
*Corso di laurea Magistrale in Scienze e Tecniche delle Attività Motorie Preventive e Adattate*  
Coordinatore Prof. Daniele Bruschetta

*Al Coordinatore del Corso di laurea Magistrale  
S.T.A.M.P.A. L/M 67*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Matricola \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_ iscritto/a al \_\_\_\_\_ anno del  
Corso di laurea in Scienze Motorie e Tecniche delle Attività Motorie Preventive e Adattate l'A.A. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_,

### DICHIARA

Sotto la propria responsabilità, che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/200, consapevole delle conseguenze di false attestazioni, di aver svolto le seguenti attività professionalizzanti al fine dell'acquisizione dei crediti Universitari (CFU) per "altre attività":

- Tipologia attività/Obiettivo progetto \_\_\_\_\_,  
ente responsabile \_\_\_\_\_,  
ORE \_\_\_\_\_ CFU: \_\_\_\_\_; dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- Tipologia attività \_\_\_\_\_,  
ente responsabile \_\_\_\_\_,  
ORE \_\_\_\_\_ CFU: \_\_\_\_\_; dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- Tipologia attività \_\_\_\_\_,  
ente responsabile \_\_\_\_\_,  
ORE \_\_\_\_\_ CFU: \_\_\_\_\_; dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**TOTALE CFU** \_\_\_\_\_

#### **Allegare:**

**Attestazione finale dell'azienda ospitante comprovanti lo svolgimento delle attività**

**Copia documento riconoscimento in corso di validità**

**Progetto formativo d'inizio tirocinio autorizzato**

**Corso sulla sicurezza rilasciato dall'Università di Messina**

Messina, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_