



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 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 \_\_\_\_\_,  
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:**

**Attestazioni comprovanti lo svolgimento delle attività da parte delle Aziende Ospitanti**

**Copia documento riconoscimento in corso di validità**

**Progetto inizio tirocinio autorizzato**

**Attestato corso sulla Sicurezza**

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

Firma \_\_\_\_\_