##### RICHESTA DI RICONOSCIMENTO dell'esame superato presso un'altra università

## Cognome e nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## No. del libretto universitario dell' università precedente:

***Residente a:*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Email e numero di telefono:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nell’anno accademico 20\_\_ / 20\_\_ sono/saró iscritto(a) nel \_\_\_\_ anno, programma di studi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di AMEU-ECM

###### Studio d'istruzione superiore / Universitario / Master/ Dottorato (cerchia)

## Nome dell'istituto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vi prego di riconoscere l'esame superato presso la facoltá

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Esame del piano di studi**  **AMEU-ECM, che vorrei mi venisse riconosciuto** | **ECTS**  **AMEU** | **Esame superato presso un'altra università (nome della materia)** | **ECTS/CFU** | **Riconoscimento/ECTS (compila la commissione, AMEU)** |
| Anatomia ed istologia | 7 |  |  |  |
| Abilità comunicative | 3 |  |  |  |
| Fisica | 5 |  |  |  |
| Etica professionale | 4 |  |  |  |
| Competenze speciali 1 | 6 |  |  |  |
| Valutazione fisioterapica | 5 |  |  |  |
| Metodologia della ricerca | 5 |  |  |  |
| Terapia fisica strumentale | 5 |  |  |  |
| Anatomia funzionale | 6 |  |  |  |
| Biochimica e microbiologia | 5 |  |  |  |
| Infermieristica | 4 |  |  |  |
| Psicologia | 5 |  |  |  |
| Fisiologia con patofisiologia | 5 |  |  |  |
| Terapia manuale 1 | 5 |  |  |  |
| Biomeccanica | 5 |  |  |  |
| Fisioterapia 1 | 6 |  |  |  |
| Fisioterapia 2 | 5 |  |  |  |
| Chinesiologia clinica | 5 |  |  |  |
| Tematiche speciali in fisioterapia 1 | 5 |  |  |  |
| Medicina clinica 1 | 5 |  |  |  |
| Medicina clinica 2 | 4 |  |  |  |
| Medicina riabilitativa | 6 |  |  |  |
| Terapia manuale 2 | 5 |  |  |  |
| Medicina clinica 3 | 6 |  |  |  |
| Fisioterapia 3 | 5 |  |  |  |
| Competenze speciali 2 | 5 |  |  |  |
| Igiene e medicina sociale | 4 |  |  |  |
| Legislazione del servizio sanitario | 4 |  |  |  |
| Elettivo |  |  |  |  |
| Elettivo |  |  |  |  |
| Elettivo |  |  |  |  |
| Elettivo |  |  |  |  |

1° ANNO

2° ANNO

3° ANNO

**Alla richiesta é obbligatorio allegare:**

* **Certificato di esami sostenuti** (obligatorio allegare il certificato **originale** di esami sostenuti);
* **Il programma della materia (piano di studi)**;
* Conferma dell pagamento delle spesse dell’Approvazione del riconoscimento dell’esame (conto corrente ECM: IBAN SI56 03121 1000565129 (SKB d.d.) copia della conferma o conferma stampata in caso di pagamento tramite web.

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma dello studente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma della commissione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_