



PROGRAMMA MOBILITA' EXTRA-UE

A.A. 2025-2026

NOME STUDENTE: _____ MATRICOLA: _____

ISCRITTO AL CORSO DI LAUREA: _____

Il docente _____

presa visione del programma e dei crediti didattici dell'insegnamento/i:

| Denominazione insegnamento/i Host Institution ed ECTS: | | | |
|---|----------------------------------|---|------------------|
| presso Host Institution: | | | |
| <input type="checkbox"/> lo ritiene TOTALMENTE equipollente a | | <input type="checkbox"/> lo ritiene PARZIALMENTE equipollente a | |
| denominazione insegnamento e codice (*) | settore scientifico disciplinare | CFU totali insegnamento | CFU riconosciuti |
| | | | |
| In caso di equipollenza parziale indicare gli argomenti dell'integrazione da sostenere in sede: | | | |
| _____ | | | |
| _____ | | | |

(*) Nel caso di più Insegnamenti, aggiungere le righe che seguono per ciascun insegnamento.

Data: _____

Firma: _____