



MODULO PER LA RICHIESTA DI  
**DISPENSA DEGLI ESAMI SECONDA**  
**ISCRIZIONE**  
**Mod. S/2**

***Al Magnifico Rettore dell'Università  
degli Studi del Sannio***

|                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>MATRICOLA</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ domiciliato/a a \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

cellulare \_\_\_\_\_ in possesso del seguente titolo accademico  
\_\_\_\_\_ curriculum/indirizzo

\_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ conseguito presso

l'Università di \_\_\_\_\_ Struttura didattica di

\_\_\_\_\_ nell'anno accademico \_\_\_\_\_ con la votazione di

(Facoltà o Dipartimento)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere iscritto/a per l'a.a. \_\_\_\_\_ al Corso di Laurea/Laurea Magistrale in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ curriculum/indirizzo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ del Dipartimento \_\_\_\_\_ di questo Ateneo.

Il/La sottoscritto/a chiede, inoltre, che, ai fini dell'ulteriore svolgimento della carriera scolastica, siano riconosciuti, ai fini della dispensa, i seguenti esami che, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art.

46 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, dichiara di aver superato per il conseguimento del precedente titolo accademico:

| INSEGNAMENTO | S.S.D. | C.F.U. | DATA | VOTO |
|--------------|--------|--------|------|------|
|              |        |        |      |      |
|              |        |        |      |      |
|              |        |        |      |      |
|              |        |        |      |      |
|              |        |        |      |      |

| <b>INSEGNAMENTO</b> | <b>S.S.D.</b> | <b>C.F.U.</b> | <b>DATA</b> | <b>VOTO</b> |
|---------------------|---------------|---------------|-------------|-------------|
|                     |               |               |             |             |
|                     |               |               |             |             |
|                     |               |               |             |             |
|                     |               |               |             |             |
|                     |               |               |             |             |
|                     |               |               |             |             |
|                     |               |               |             |             |
|                     |               |               |             |             |
|                     |               |               |             |             |
|                     |               |               |             |             |
|                     |               |               |             |             |
|                     |               |               |             |             |
|                     |               |               |             |             |
|                     |               |               |             |             |
|                     |               |               |             |             |
|                     |               |               |             |             |
|                     |               |               |             |             |
|                     |               |               |             |             |
|                     |               |               |             |             |
|                     |               |               |             |             |
|                     |               |               |             |             |
|                     |               |               |             |             |
|                     |               |               |             |             |
|                     |               |               |             |             |
|                     |               |               |             |             |
|                     |               |               |             |             |
|                     |               |               |             |             |
|                     |               |               |             |             |
|                     |               |               |             |             |
|                     |               |               |             |             |
|                     |               |               |             |             |
|                     |               |               |             |             |
|                     |               |               |             |             |
|                     |               |               |             |             |
|                     |               |               |             |             |
|                     |               |               |             |             |

Benevento, \_\_\_\_\_

Firma\*  
\_\_\_\_\_

\* La presente istanza è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un valido documento di identità del sottoscrittore.