

DICHIARAZIONE RIGUARDO L'ACCREDITAMENTO DI SEDE E CORSO DI STUDIO

Da compilare su carta intestata dell'Ateneo straniero

Si dichiara che l'istituzione pubblica privata

denominazione _____

indirizzo (via, città, stato) in cui opera la sede principale

indirizzo (via, città, stato) in cui opera la sede didattica che eroga il corso di studio in Medicina

sistema formativo al quale l'istituzione fa riferimento per il corso di studio in Medicina

1. Accreditamento sede principale

ha ottenuto accreditamento, quale istituzione autorizzata al rilascio di titoli della formazione superiore, da parte delle autorità competenti dello Stato in cui opera la sede principale

in data _____

scadenza _____

nome dell'ente / autorità che ha rilasciato l'accREDITAMENTO _____

estremi del provvedimento di accREDITAMENTO (numero e data) _____

pagina web in cui è pubblicato il provvedimento _____

2. AccREDITAMENTO CORSO DI STUDIO IN MEDICINA

Il corso di Studio in

ha ottenuto accREDITAMENTO per il corso di studio in Medicina da parte delle autorità competenti dello Stato in cui opera la sede didattica che lo eroga

in data _____

scadenza _____

nome dell'ente / autorità che ha rilasciato l'accREDITAMENTO _____

estremi del provvedimento di accREDITAMENTO (numero e data) _____

pagina web in cui è pubblicato il provvedimento _____

AccREDITAMENTO SEDE DIDATTICA NEL SISTEMA FORMATIVO DI RIFERIMENTO (SE COLLOCATA IN UNO STATO DIVERSO DA QUELLO IN CUI OPERA LA SEDE PRINCIPALE DEL CORSO DI STUDIO IN MEDICINA)

ha ottenuto accreditamento, quale istituzione autorizzata al rilascio di titoli della formazione superiore, da parte delle autorità competenti dello Stato al cui sistema formativo fa riferimento il corso di studio in Medicina

in data _____

scadenza _____

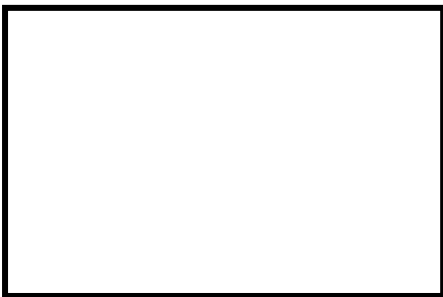
nome dell'ente / autorità che ha rilasciato l'accREDITamento _____

estremi del provvedimento di accREDITamento (numero e data) _____

pagina web in cui è pubblicato il provvedimento _____

Data

Firma _____



Timbro

Cognome e nome della persona che ha compilato la dichiarazione _____

Indirizzo email _____

Ufficio di appartenenza _____

Ruolo _____