

Istruzioni

Il presente modulo va compilato e inviato all'indirizzo mail amce@uniud.it, allegando una fotocopia di un valido documento di identità personale e specificando nell'oggetto della mail la tipologia della richiesta (esempio: iscrizione corsi singoli, prosecuzione studi, invio titoli per concorso di ammissione) e il corso di studi al quale ci si vuole iscrivere.

L'originale in formato cartaceo NON DEVE ESSERE SPEDITO a mezzo posta E NON DEVE ESSERE CONSEGNATO in Segreteria Studenti.

La domanda va compilata in ogni sua parte e firmata. Solo dopo avere applicato e annullato la marca da bollo apponendo una riga o una croce ben visibili, si deve scansionare il modulo, salvarlo in formato pdf e inviarlo per posta elettronica, assieme ad eventuali allegati, all'indirizzo amce@uniud.it.

Le dichiarazioni mendaci sono perseguibili penalmente ai sensi delle vigenti leggi.

Il/la sottoscritt__ (cognome e nome) _____

dichiara di aver annullato, secondo le modalità prescritte dalla legge e ai fini dell'assolvimento dell'imposta di bollo, la marca da bollo dal valore di 16.00 euro applicata su questo documento, il cui numero identificativo è _____, e di essere a conoscenza di non poterla riutilizzare ad altri fini.

_____ data

_____ firma leggibile

ATTENZIONE: l'indirizzo mail amce@uniud.it deve essere utilizzato solo per l'invio di documenti NON per richieste di informazioni sullo stato del procedimento, per tali richieste bisogna scrivere una mail alla Segreteria Studenti di riferimento segreteria.medicina@uniud.it



**ISTANZA DI TRASFERIMENTO
AUTOCERTIFICAZIONE DEGLI ESAMI SOSTENUTI E DELLE
FREQUENZE OTTENUTE PRESSO UN ALTRO ATENEO
(per richiesta nulla osta al trasferimento al CDL Fisioterapia)**

Il/La _____ nato/a a _____

il _____ prov. _____ residente a _____

via _____ n. _____ cap _____ prov. _____

CF _____ tel. _____ e-mail _____

- . consapevole che, in caso di dichiarazioni false (fermo restando le responsabilità penali stabilite dalla normativa vigente) decadrò, con effetto retroattivo, dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiere, e non avrò diritto al rimborso di tasse e contributi versati

Chiede il trasferimento al terzo anno presso il Corso di Laurea in FISIOTERAPIA, classe SNT/2, presso l'Università degli studi di Udine

Dichiara sotto la propria responsabilità

- di essere iscritto/a al:

Corso di laurea Corso di laurea specialistica corso di laurea magistrale in:

(Classe di laurea _____) dell'Università di _____ per l'a.a. ____/____

- di essermi immatricolato/a in data _____ al _____ anno del:

Corso di laurea Corso di laurea specialistica corso di laurea magistrale in:

_____ per l'a.a. ____/____

- di essere stato/a iscritto/a nei seguenti a.a. presso il seguente Ateneo

A. A.	ANNO DI CORSO	CORSO DI LAUREA LAUREA SPECIALISTICA/LAUREA MAGISTRALE	ATENEO

➤ di aver superato nella carriera pregressa gli esami di profitto riportati nella seguente tabella.

Il candidato, presa visione del Bando Trasferimenti ad anni successivi al primo a.a. 2023-24, deve compilare la tabella come di seguito riportato:

1. deve indicare gli esami sostenuti nella carriera pregressa a fianco degli insegnamenti del CdL dell'Università di Udine di cui chiede il riconoscimento ai fini del trasferimento;
2. deve specificare per ciascun esame il SSD, il numero di crediti formative previsto, la votazione conseguita e la data di conseguimento;
3. inoltre, per ciascun esame, deve indicare nell'apposita colonna un numero progressivo che deve corrispondere a quello con cui deve contrassegnare il corrispondente programma che deve essere allegato alla domanda, al fine di agevolare la valutazione della propria istanza.
4. deve indicare i tirocini svolti come previsto dal Bando;

Il candidato può indicare gli altri crediti conseguiti presso l'Ateneo di provenienza per l'eventuale riconoscimento delle attività a scelta.

I dati inseriti nella tabella saranno trattati unicamente per finalità istituzionali dell'Università degli Studi di Udine (Codice in materia di protezione dei dati personali – D.Lgs. 30/6/2003, N. 196 e s.m.i. e del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali, n. 679/2016).

N. esame/ Program ma	CORSO DI LAUREA DI PROVENIENZA					PIANO DI STUDIO PER TRASFERIMENTI AL 3° ANNO DI CORSO CDL FISIOTERAPIA UNIVERSITA' UDINE		
	CDL _____ UNIVERSITA' DI _____					Corso integrato/Modulo	SSD	CFU
	Insegnamento di cui si chiede il riconoscimento	SSD**	CFU*	Voto	Data			
I anno (piano per coloro che chiedono l'iscrizione al 3° anno di corso a.a. 2023/2024)								
						Basi fisiche e biologiche della vita		6
						Fisica e biofisica	FIS/07	2
						Biologia	BIO/13	1
						Genetica	MED/03	1
						Chimica e biochimica	BIO/10	2
						Basi morfologiche del corpo umano		9
						Anatomia Umana	BIO/16	5
						Neuroanatomia	BIO/16	3
						Istologia	BIO/17	1
						Sicurezza e protezione nei luoghi di lavoro		3
						Medicina del lavoro	MED/44	1
						Igiene	MED/42	1
						Sicurezza nella professione	MED/48	1
						Fisiologia, neurofisiologia e patologia generale		7
						Fisiologia	BIO/09	3
						Neurofisiologia	BIO/09	2
						Fisiopatologia e patologia generale	MED/04	2
						Basi psicopedagogiche dell'intervento riabilitativo		4
						Psicologia generale	M-PSI/01	1
						Psicologia dello sviluppo	M-PSI/01	1
						Pedagogia	M-PED/01	1
						Sviluppo psicomotorio	M-DEA/01	1
						Metodologia della riabilitazione 1		8
						Riabilitazione generale e massoterapia	MED/48	1
						Basi di chinesiterapia generale	MED/48	2
						Massoterapia speciale	MED/48	1
						Chinesiologia generale	MED/48	2
						Chinesiologia speciale	MED/48	1
						Valutazione articolare e muscolare	MED/48	1

						Attività formativa professionalizzante di tirocinio I	MED/48	11
						Attività a scelta dello studente I		1
						Laboratori I	MED/48	1
						Seminari I		1
						Lingua Inglese B1 standard		3
						Informatica		3
II anno (piano per coloro che chiedono l'iscrizione al 3° anno di corso a.a. 2023/2024)								
						Neurologia e neuroriabilitazione		7
						Riabilitazione cognitiva in neurologia	MED/48	1
						Basi di Riabilitazione cognitiva	MED/48	1
						Riabilitazione neuromotoria nell'adulto	MED/48	1
						Clinica del sistema nervoso centrale	MED/26	2
						Clinica del sistema nervoso periferico	MED/26	1
						Semeiotica neurologica	MED/26	1
						Clinica e riabilitazione dell'apparato locomotore		6
						Diagnostica per immagini	MED/36	1
						Ortopedia	MED/33	2
						Traumatologia	MED/33	1
						Semeiotica delle patologie dell'apparato locomotore e riabilitazione ortopedica	MED/48	2
						Pediatria e riabilitazione pediatrica		6
						Patologia pediatrica di interesse riabilitativo	MED/34	2
						Metodologia della Riabilitazione pediatrica	MED/48	2
						Neuropsichiatria infantile	MED/39	1
						Riabilitazione del bambino pretermine	MED/48	1
						Metodologia della riabilitazione 2		6
						Terapia manuale	MED/48	2
						Idrochinesiterapia	MED/48	1
						Tecniche riabilitative in ambito sportivo	MED/48	1
						Ausili in riabilitazione	MED/48	1
						Trattamento dei tessuti molli	MED/48	1
						Medicina generale e specialistica: clinica e riabilitazione		6
						Reumatologia	MED/16	1
						Metodologia riabilitativa in geriatria	MED/48	1
						Farmacologia	BIO/14	1
						Psichiatria	MED/25	1
						Medicina generale e geriatria	MED/09	1
						Elementi di primo soccorso	MED/41	1
						Clinica e riabilitazione cardio-vascolare e respiratoria		5
						Fisiopatologia e clinica delle malattie dell'apparato respiratorio	MED/10	2
						Metodologia riabilitativa nelle affezioni acute e croniche dell'apparato respiratorio	MED/48	1
						Malattie dell'apparato cardiovascolare	MED/11	1
						Riabilitazione delle patologie dell'apparato cardio-vascolare	MED/48	1
						Attività formativa professionalizzante di tirocinio II	MED/48	24
						Attività a scelta dello studente II		2

Altri Crediti conseguiti presso l'Ateneo di provenienza								
Insegnamento	SSD**	CFU*	Voto	Data				

* in alternativa per titoli esteri è possibile indicare gli ECTS
 ** i settori scientifico disciplinari (SSD) devono essere obbligatoriamente indicati solo nel caso di un titolo rilasciato nell'ambito dell'Ordinamento degli studi italiano

_____ data

_____ firma leggibile per esteso

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) _____

ALLEGA

- Copia del documento di identità munito di fotografia e in corso di validità;
- programmi dei corsi in ordine progressivo rispettando la numerazione data agli esami di profitto (i programmi sono quelli rispondenti agli esami sostenuti e devono essere tratti dalla Guida dello studente oppure sottoscritti dal professore ufficiale della materia oppure scaricati dal sito internet dell'Università di provenienza. In quest'ultimo caso deve comparire il logo dell'Università);
- piano degli studi ufficiale del corso di Laurea di provenienza (riportante tutte le discipline, ore, CFU) tratto dalla Guida dello studente;
- dichiarazione sostitutiva di certificazione dalla quale risultino tutti gli esami sostenuti con le relative votazioni, i CFU* (crediti formativi universitari) ed i SSD** (settori scientifico disciplinari);
- nel caso di titoli conseguiti all'estero è obbligatorio allegare la dichiarazione di valore o in alternativa l'attestato di comparabilità (CIMEA) del titolo. Per ulteriori informazioni fare riferimento al paragrafo "Iscrizioni studenti stranieri e studenti con titolo di studi straniero" del Bando equipollenze e trasferimenti ad anni successivi al primo per le professioni sanitarie pubblicato sulla pagina web del corso di laurea www.uniud.it/it/fisioterapia alla voce iscrizione.

L'istanza di trasferimento, corredata del curriculum degli studi e dei programmi degli esami sostenuti e presentata dallo studente, viene esaminata e definita dalla Commissione preposta. La Commissione, che ha potere deliberante, può avvalersi del parere dei Presidenti della Commissione dell'esame di profitto e/o dei docenti delle discipline di cui è stata chiesta la convalida.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che la Commissione prenderà in esame esclusivamente quanto richiesto dall'interessato/a e riportato nella presente istanza. Non è ammesso integrare la documentazione presentata oltre il termine di scadenza del presente bando.

data _____

firma leggibile per esteso _____