



Istituita con D.M. 04.08.1997 Ministero dell'Università e della Ricerca

Al Direttore
dell'Accademia di Belle Arti ACME
MILANO

Il/la Sottoscritto /a _____ nato/a il _____
a _____ (prov.) _____ residente a _____ (prov.) _____
via /piazza _____ n. _____ cap. _____ tel. _____

CHIEDE

il riconoscimento degli esami, indicati nel certificato allegato, sostenuti presso:

- ACCADEMIA / UNIVERSITÀ: _____

- CORSO DI DIPLOMA / LAUREA: _____

ai fini dell'immatricolazione al corso di diploma accademico di _____ livello in _____, e che gli sia comunicato il numero dei crediti formativi riconosciuti, l'anno di iscrizione al corso di diploma accademico ed il relativo piano di studi.

_____, _____
(LUOGO) (DATA)

IN FEDE _____
(FIRMA LEGGIBILE)