Spazio per marca da bollo di euro 14,62

AL MAGNIFICO RETTORE
DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DELL'AQUILA

ANNO ACCADEMICO 2011/2012

Domanda di iscrizione al CORSO DI MASTER UNIVERSITARIO DI 1° LIVELLO IN

Management per le funzioni di coordinamento nelle professioni sanitarie della riabilitazione tecniche e della prevenzione

Il/la sottoscritto/a

Nome | Cognome

Data di nascita | Comune di nascita | Provincia o Stato di nascita

Comune di residenza | Provincia | CAP

Via/piazza | Telefono

Fax | Cellulare | e-mail

CHIEDE

di essere iscritto al master . A tal fine, valendosi delle disposizioni di cui all'art. 46 del **D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445** e consapevole che chi dichiarerà il falso vedrà decadere i benefici ottenuti e incorrerà nelle sanzioni penali previste per le false dichiarazioni dagli artt. 75 e 76, del D.P.R. citato,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

di essere in possesso del **DIPLOMA DI LAUREA**

Triennale ☐

Magistrale/Specialistica ☐

Vecchio ordinamento (previgente il D.M. 509/1999) ☐

in _____

Facoltà _____ Università di _____

conseguito in data |__|__|__|__|__|__|__|__| con votazione |__|__|__| su |__|__|__| lode SI NO classe |__|__|__|

☐ di essere in possesso del **DIPLOMA DI SPECIALIZZAZIONE** in _____

Facoltà _____ Università di _____

conseguito in data |__|__|__|__|__|__|__|__| con votazione |__|__|__| su |__|__|__| lode SI NO ;

☐ di essere in possesso di **TITOLO STRANIERO**

☐ già dichiarato equipollente a Diploma di Laurea italiano

Decreto Rettorale con il quale è stata dichiarata	N°
dichiarata l'equipollenza	Del
	Università di

☐ per il quale fa richiesta di equipollenza, ai soli fini dell'ammissione al corso

☐ **che conseguirà la laurea specialistica/magistrale in**

_____ presso l'Università di

_____ entro il _____

e di impegnarsi a comunicare tempestivamente l'avvenuto conseguimento del titolo;

☐ **che conseguirà il diploma di laurea in** _____

presso l'Università di _____ entro il _____

e di impegnarsi a comunicare tempestivamente l'avvenuto conseguimento del titolo.

☐ di essere in possesso di **DIPLOMA DI MATURITA'** (durata 5 anni o attestato anno integrativo per chi è in possesso della Maturità Magistrale)In _____ presso (istituto scolastico)

_____

Via/P.zza						

Città

Telefono		

conseguito in data |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

☐ di essere in possesso del/i **titolo/i professionale/i** _____

_____

☐ **di essere cittadino/a** _____

☐ **di possedere una adeguata conoscenza della lingua italiana** (per i cittadini comunitari e stranieri);

_____

_____

☐ **di possedere il seguente titolo di studio conseguito presso un'università straniera** e per il quale presenta domanda di riconoscimento dell'equipollenza, ai soli fini dell'ammissione al corso:

laurea in _____conseguita _____

☐ **di essere iscritto al seguente Albo professionale**

_____n._____

_____

_____

☐ **di essere a conoscenza** delle norme e dei termini previsti dal bando

☐ **di essere a di essere a conoscenza che,** ai sensi dell'art.142 del T.U. delle Leggi sull'Istruzione Superiore **"***è vietata l'iscrizione contemporanea a diverse Università, a diverse Facoltà o scuole della stessa Università o a diversi corsi di laurea o diploma della stessa Facoltà " ;*

☐ **di essere a conoscenza** che nel caso sia accertata la non veridicità di quanto dichiarato, fermo restando le responsabilità penali in caso di dichiarazioni false, comporterà l'automatica esclusione dalla graduatoria e la conseguente impossibilità di iscriversi

RECAPITO		**n.**	**c.a.p.**
Città		**Prov.**	
Telefono			

E -mail

Allegati alla domanda:

Attestazione del versamento di € 1.900,00 corrispondente alla tassa di iscrizione prevista dal bando effettuato a favore dell'll'Università degli Studi dell'Aquila :

Codice BIC Swift	UNCRITM1E17
Agenzia	L'Aquila - Duomo
Codice Ente Amministrazione centrale	9005964
Codice IBAN	**IT 38 I 02008 03603 000400240569**
Intestato a	Università degli Studi dell'Aquila

– **causale obbligatoria**: domanda di ammissione al master in _____ per l'a.a. 2011/2012.

ricevuta del pagamento € 77,47 effettuato a favore dell'A.D.S.U. Azienda per il Diritto agli Studi Universitari della Regione Abruzzo: (ABI 06040 – CAB 03601 – N.CONTO 40909 – **Codice IBAN** IT93E0604003601000000040909);

- copia di un documento di riconoscimento valido.

n.2 fotografie formato tessera

Il sottoscritto, ai sensi del d.lgs. 196/2003, dichiara inoltre di dare il proprio consenso affinché i dati (anagrafici e riguardanti la carriera universitaria) vengano utilizzati dall'Amministrazione Universitaria.

_____
data

_____
firma