

ANNO ACCADEMICO 2014/2015

DOMANDA DI AMMISSIONE AL CORSO MASTER UNIVERSITARIO DI II LIVELLO
AD ACCESSO PROGRAMMATO IN

MANAGEMENT SANITARIO

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	
Codice Fiscale	Cellulare	e-mail	

CHIEDE

di essere ammessa/o alla selezione in oggetto. 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

dichiarata l'equipollenza

N°

Del

Università di

SCRIVERE IN STAMPATELLO

SCRIVERE IN STAMPATELLO

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 _____

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 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 CUI INDIRIZZARE COMUNICAZIONI (preferibilmente in Italia):

Via/P.zza			n.	c.a.p.
Città				Prov.

Telefono

E -mail

Allegati alla domanda:

- Curriculum vitae studiorum e professionale;
- Ricevuta del versamento di € 35,00 quale contributo per spese di gestione amministrativa da versare sul c/c bancario intestato all'Università degli Studi dell'Aquila :

Codice Swift	BPMOIT22XXX
Filiale di riferimento:	Banca Popolare dell'Emilia Romagna Sede dell' Aquila
Codice Ente	7101102
Codice IBAN	IT40Z0538703601000000198072
Intestato a	Università degli Studi dell'Aquila

- **causale obbligatoria:** domanda di ammissione al master di II Livello in “ *Management Sanitario*” per l'a.a. 2014 /2015.
- Copia in fronte retro di un documento di riconoscimento in corso di validità;
- Altro _____

Data, _____

(Ai sensi dell'art. 39 del D.P.R. n. 445/2000 non è più richiesta l'autentica della firma)

(Firma per esteso dell'interessato)

La firma è obbligatoria, pena la nullità della domanda