

Spazio per
marca da
bollo di
euro 16,00

ALLA RETTRICE
DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DELL'AQUILA
Settore Master
Via Giovanni Di Vincenzo, n. 16/B
67100 -L'AQUILA

ANNO ACCADEMICO 2014/2015

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CORSO DI MASTER UNIVERSITARIO DI II LIVELLO

Diagnostica molecolare delle malattie genetiche, tumorali ed infettive

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 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 classe |_|_|_|_|

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

Facoltà _____ Università di _____

conseguito in data |_|_|_|_|_|_|_|_| con votazione |_|_|_|_| su |_|_|_|_| lode ;

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 _____

SCRIVERE IN STAMPATELLO

Università di _____

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

che consegnerà la laurea specialistica/magistrale in _____ presso l'Università di _____ entro il _____

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

che consegnerà 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 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			

SCRIVERE IN STAMPATELLO

E -mail

Allegati alla domanda:

- **Attestazione del versamento di € 1.000,00 corrispondente alla I rata della tassa di iscrizione prevista dal bando effettuato a favore dell'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 iscrizione al master di I Livello in “**Diagnostica Molecolare delle malattie genetiche tumorali**” per l'a.a. 2014/2015.

- ricevuta del versamento della tassa regionale per il diritto allo studio universitario di € 140,00 a favore dell'Azienda per il Diritto agli Studi Universitari – L'Aquila - IBAN IT 88D 053 870 3601 000 000 040 909 Intestato ad Azienda diritto agli studi di L'Aquila, presso TESORERIA BPER – l'AQUILA;
- 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