

Spazio per  
marca da  
bollo di  
euro  
16,00

ALLA RETTRICE  
DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DELL'AQUILA  
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

VATS LOBECTOMY

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  
l'equipollenza

N°
del
Università di

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 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ conseguito in data |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

presso (istituto scolastico) \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Via/P.zza \_\_\_\_\_ Prov. | | | | | | | | | |

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 in data \_\_\_\_\_

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 CUI INDIRIZZARE COMUNICAZIONI (preferibilmente in Italia):**

Via/P.zza		n.	c.a.p.
Città			Prov.
Telefono			
E -mail			

**Il/La sottoscritto/a è a conoscenza che:**

**LA QUOTA DI PARTECIPAZIONE AL MASTER È DI EURO 3.500,00 DA VERSARE IN UNA UNICA SOLUZIONE ALL'ATTO DELL'ISCRIZIONE.**

**LA RICEVUTA IN ORIGINALE DEL PAGAMENTO EFFETTUATO DEVE ESSERE CONSEGNATA ALL'UFFICIO ECM E FORMAZIONE CONTINUA.**

**Allegati alla domanda:**

- **Attestazione del versamento di € 3.500,00 corrispondente alla tassa di iscrizione 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 II livello in "VATS LOBECTOMY" 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 universitari di L'Aquila, presso TESORERIA BPER – L'AQUILA;**
- **copia di un documento di riconoscimento valido;**
- **n. 2 fotografie formato tessera firmate sul retro.**

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.

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
firma