

**ANNO ACCADEMICO 2014/2015**

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

**ABILITANTE PER LO SVOLGIMENTO DELLE FUNZIONI DI MEDICO COMPETENTE**

**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   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
Università di

SCRIVERE IN STAMPATELLO

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 \_\_\_\_\_

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 "Abititante per lo svolgimento delle funzioni di Medico competente" 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**