

Riservato alla Segreteria
del Consorzio
Humanitas

Prot. _____

Data _____

DOMANDA DI PRE-ISCRIZIONE

inviare per
E-mail a: info@consorziohumanitas.com

Master universitario di secondo livello Trattamento integrato del disturbo bipolare e schizoaffettivo a.a. 2017-2018

(compilare in ogni parte in stampatello)

Al Magnifico Rettore

Il sottoscritto

Nome _____

Cognome _____

Luogo e data di nascita _____

Codice Fiscale

Via _____ N. _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____ Cell. _____ E-mail _____

CHIEDE
di partecipare alla selezione ai fini dell'iscrizione per l'a.a. 2017-2018
al Master universitario di secondo livello in Trattamento integrato del disturbo bipolare
schizoaffettivo.

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite penalmente ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e successive modifiche e che il Consorzio Universitario Humanitas effettuerà controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni rese, ai sensi degli art. 71, 75 e 76 dello stesso D.P.R.

DICHIARA

- di aver conseguito:

Laurea di primo livello in _____

A.A. ___/___ Voto ___/___ Classe di laurea _____

Conseguita presso _____ in data _____

Durata legale Corso di Laurea in anni _____

Laurea di secondo livello in _____

A.A. ___/___ Voto ___/___ Classe di laurea _____

Conseguita presso _____ in data _____

Durata legale Corso di Laurea in anni _____

Attuale occupazione _____

Allegare alla presente:

- Curriculum** vitae et studiorum
- Autocertificazione del titolo universitario** conseguito debitamente sottoscritta oppure del relativo certificato con l'indicazione del voto di laurea. Se in possesso di **titolo di studio conseguito all'estero** è necessario allegare alla domanda di iscrizione il titolo finale in originale (o copia conforme), la sua traduzione in lingua italiana e la Dichiarazione di valore o l'attestazione rilasciata da centri ENIC-NARIC. L'iscrizione resta subordinata alla valutazione della idoneità del titolo da parte degli organi accademici.
- Copia di un **documento valido** di riconoscimento e del **codice fiscale**

Si esprime il consenso al trattamento dei dati personali nel rispetto del D.L. 196/03 e successive modifiche

Data _____

Firma _____