|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Il/la sottoscritto/a**  *(cognome, nome)* | | |  | | | | |
| **nato/a a** *(città)* | |  | | | **il** | |  |
| **Stato** |  | | | **Cittadinanza** | |  | |

consapevole delle sanzioni stabilite dal Codice Penale per le false attestazioni e per le dichiarazioni mendaci

DICHIARA

di avere conseguito il seguente titolo di studio universitario

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

valido per l’immatricolazione al Master Universitario di Secondo Livello in “Tecnologie della Salute e Bioingegneria”

*(indicare solo il titolo di accesso, non eventuali ulteriori titoli*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **tipo di corso estero**  *(indicare il nome così come compare nel certificato di laurea es. bachelor, master, maitrise, licenciatura ecc.)* | | | | |  | | | | | | | |
| **tipo di corso italiano**  *(indicare se si tratta di laurea, laurea specialistica/magistrale ecc.)* | | | |  | | | | | **Classe:** | |  | |
| **durata**  *(numero anni)* | |  | **conseguito in data** *(\*)* | | |  | **con votazione/giudizio** | | | | |  |
| **Università** |  | | | | | | **Stato** |  | | | | |
| **Anni di scolarità precedenti al conseguimento del suddetto titolo**  *(dalla scuola primaria)* | | | | | | | | | |  | | |

*(\*)* Nel caso di titolo estero conseguito per il quale non ci sia una data precisa indicare quella di sostenimento dell’ultimo esame.

Il sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi dell’art. 13 del D. Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003, di essere stato/a informato/a che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

**Data** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Firma del dichiarante** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La presente dichiarazione sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell’impiegato dell’Ente che ha richiesto il certificato. In luogo dell’autenticazione della firma si allega copia fotostatica del documento di identità.

La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art. 41 D.P.R. n. 445/2000); se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi. Tale dichiarazione può essere trasmessa via fax o con strumenti telematici (art. 38 D.P.R. n. 445/2000). La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d’ufficio (art. 74 comma 1 D.P.R. n. 445/2000). Esente da imposta di bollo ai sensi dell’art. 37 D.P.R. n. 445/2000.

Al Magnifico Rettore

dell’Università per Stranieri “Dante Alighieri” di Reggio Calabria

Via del Torrione 95

89125 REGGIO CALABRIA

Il/la sottoscritto/a ……………….…………………………………………………………………………... nato/a a..................................................……..…...…… il …………………………………..… residente in …….....………………………………………………………………………………… (c.a.p.) ………………… Via ……………………………………………………………………………………………………… n. ……… Tel./Cell. ……………………………………………… e–mail ……………………………………………………

CHIEDE

di essere ammesso/a alla selezione per la partecipazione al Master Universitario di Secondo Livello in “Tecnologie della Salute e Bioingegneria”, per l’anno accademico 2013/14.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

1. di essere cittadino…………………………………………………………………….;
2. (*compilare solo se diverso dalla residenza*)

di eleggere domicilio agli effetti del presente bando di selezione in ………………………………………………………………. c.a.p. ………………… Via ………………………………………………………………………… n. ………. tel. …………………………………………………….. impegnandosi a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione;

1. di possedere il Diploma di Laurea in …………………………………………………... conseguito presso l’Università di ……………………………………………………… il ……………… con la votazione di ……… sul massimo di ..……… (*ovvero indicare il titolo equipollente, la data in cui è stato dichiarato tale e la votazione ottenuta*);
2. di essere in possesso di eventuali altri titoli (*indicare in un elenco dettagliato allegato esclusivamente i seguenti titoli di studio: Dottorato di Ricerca, Assegni di Ricerca, Master e Corsi di Alta Formazione*);
3. codice fiscale (*solo per i residenti in Italia) ….*………………………………………………………….;

Data……………………… Firma…………………………………

N.B.: Con la sottoscrizione della presente domanda il candidato dichiara altresì, che i documenti allegati sono conformi all’originale nonché dichiara di possedere i titoli di studio indicati nell’eventuale elenco dettagliato allegato. La presente dichiarazione, sostitutiva dell’atto di notorietà, è resa ai sensi del DPR 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni. Le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia.

Data……………………… Firma………………………………….