

MOD/M10

Nome	
Cognome	
Luogo di Nascita	
Provincia	
Stato	
Data di nascita	
Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Codice fiscale	
Cittadinanza	
Indirizzo	
Comune di residenza	
Provincia	
Cap	
Cellulare	
Telefono	
E-mail	
Eventuale altro indirizzo o recapito	

essendo consapevole del carattere e delle finalità dell'Università degli Studi Guglielmo Marconi, come da Statuto e Regolamento

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO

Per l'A.A. 20__/20__ al
<input type="checkbox"/> CORSO DI ALTA FORMAZIONE IN
<input type="checkbox"/> CORSO DI FORMAZIONE SPECIALISTICA IN
<input type="checkbox"/> CORSO DI FORMAZIONE PER LO SVILUPPO DELLE PROFESSIONI IN

DICHIARA

1) di aver conseguito presso l'Istituto
Sito in Via
Comune
Provincia
Cap
Nell'Anno Scolastico
Il Diploma di Scuola Media Superiore (tipo di maturità)
Riportando la votazione: ____/100(in cifre) oppure per diplomi fino all'A.S. 1998/1999 riportando la votazione di: ____/60 (in cifre)
Oppure nel caso di Diploma Estero riportando la votazione di:
2) di aver versato la tassa di iscrizione di cui invia ricevuta originale o equivalente, comprovante l'avvenuto pagamento
3) di aver preso visione delle disposizioni amministrative per l'anno accademico di iscrizione

INOLTRE PRENDE ATTO CHE

Le tasse universitarie non sono rimborsabili a norma dell'Art. 27 del R.D. 4/6/1938 n° 1269.

Il/La sottoscritto/a è consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che decade dagli eventuali benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000 s.m.i.); dichiara di essere a conoscenza che l'Amministrazione Universitaria procederà ad effettuare idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese (art.71 DPR 445/2000 s.m.i.).

Data _____ **Firma** _____