

MOD/M4

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"/> MASTER IN
<input type="checkbox"/> CORSO DI PERFEZIONAMENTO IN
<input type="checkbox"/> CORSO DI ALTA FORMAZIONE IN

DICHIARA

1) di NON essere già iscritto ad altro corso di studi presso questa o altra Università italiana o straniera, come disposto dall'art. 142 del Testo Unico approvato con R.D. n. 1592/1933 che sancisce il principio della "incompatibilità della doppia iscrizione". Ovvero di essere iscritto presso un Istituto Superiore di Studi Musicali e Coreutici (DM 28 settembre 2011)
2) di essere in possesso della Laurea in:
[] Laurea di vecchio ordinamento (Quadriennale/Quinquennale)
[] Laurea Specialistica
[] Laurea Magistrale
[] Laurea
[] Laurea Magistrale a ciclo unico
[] Diploma universitario
Conseguita il
Nell'A.A.
Voto
Presso l'Università
Facoltà
3) di aver versato la tassa di iscrizione di cui invia ricevuta originale o equivalente, comprovante l'avvenuto pagamento
4) 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** _____