



Università degli Studi Guglielmo Marconi

DOMANDA DI IMMATRICOLAZIONE/ISCRIZIONE
CORSO DI LAUREA
AL MAGNIFICO RETTORE DELL'UNIVERSITÀ DEGLI
STUDI "GUGLIELMO MARCONI"

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

NOME:

COGNOME:

LUOGO DI NASCITA:

PROV.

NAZIONE:

DATA DI NASCITA:

CODICE FISCALE:

CITTADINANZA:

COMUNE DI RESIDENZA:

VIA:

N°

CAP

TELEFONO:

CELLULARE:

E-MAIL:

CHIEDE DI ESSERE IMMATRICOLATO/ISCRITTO PER L'A/A 20 ____/____

ATTENZIONE: L'immatricolazione sarà perfezionata con riferimento al corso di studio scelto in sede di completamento della procedura di iscrizione **online tramite l'apposita piattaforma di MyUnimarconi**. Si invitano pertanto gli interessati a verificare attentamente i dati inseriti nel sistema informatico dell'Ateneo al fine di garantire la corretta assegnazione al percorso accademico desiderato.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI TITOLI DI STUDIO
AUTOCERTIFICAZIONE (ART. 46 DEL D.P.R. 28.12.2000, N. 445)

DIPLOMA DI SCUOLA SECONDARIA SUPERIORE

IN:

CONSEGUITO NELL'ANNO SCOLASTICO:

IN DATA:

CON VOTAZIONE:

PRESSO L'ISTITUTO SCOLASTICO:

VIA:

N°

CITTÀ:

PROV.

TITOLO UNIVERSITARIO [1] Data di prima immatricolazione al sistema universitario/..... /.....

LAUREA TRIENNALE **LAUREA SPECIALISTICA/MAGISTRALE**

LAUREA (V.O.) **DIPLOMA UNIVERSITARIO TRIENNALE (V.O.)**

IN:

CONSEGUITO IL:

PRESSO L'UNIVERSITÀ:

[1] Allegare alla domanda di iscrizione il certificato di laurea con esami o l'autocertificazione con esami, voto, date e crediti

Data ____/____/____

Firma Leggibile (autografa) _____

DICHIARA INOLTRE [2][3]

consapevole delle sanzioni penali richiamate dal D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, e a conoscenza del fatto che saranno effettuati controlli anche a campione sulla veridicità delle dichiarazioni, agli effetti dell'applicazione delle disposizioni previste

SELEZIONARE UNA SOLA CASISTICA

A - DI NON ESSERE ISCRITTO AD ALTRO CORSO UNIVERSITARIO O ACCADEMICO

OPPURE

B - DI ESSERE ISCRITTO AD ALTRO CORSO UNIVERSITARIO/AFAM

PRESSO UNIVERSITÀ/ACCADEMIA:

TIPOLOGIA DI CORSO: LAUREA TRIENNALE LAUREA MAGISTRALE MASTER UNIVERSITARIO LIVELLO

IN (NOME CORSO)

IVI ISCRITTO PER LA PRIMA VOLTA NELL'A.A. ____/____/____

[2] La mancata dichiarazione o dichiarazioni mendaci, comportano l'annullamento della carriera e degli eventuali esami sostenuti.

[3] Allegare documentazione necessaria per la contemporanea iscrizione a due corsi di studio di istruzione superiore. La mancata documentazione non consentirà l'avanzamento della procedura di iscrizione.

OPPURE

C - DI AVER RICHiesto IN DATA ____/____/____

TRASFERIMENTO

RINUNCIA AGLI STUDI

ALL'UNIVERSITÀ DI:

CORSO DI LAUREA IN:

CLASSE DI LAUREA:

IVI ISCRITTO PER LA PRIMA VOLTA NELL'A.A. ____/____/____

[2] La mancata dichiarazione o dichiarazioni mendaci, comportano l'annullamento della carriera e degli eventuali esami sostenuti.

[3] Allegare l'istanza di rinuncia agli studi presentata e certificato/autocertificazione con data e voto degli esami sostenuti.

OPPURE

D - DI ESSERE DECADUTO DALLA QUALITÀ DI STUDENTE

DELL'UNIVERSITÀ DI:

CORSO DI LAUREA IN:

CLASSE DI LAUREA:

IVI ISCRITTO PER LA PRIMA VOLTA NELL'A.A. ____/____/____

[2] La mancata dichiarazione o dichiarazioni mendaci, comportano l'annullamento della carriera e degli eventuali esami sostenuti.

[3] Allegare certificato/autocertificazione con data e voto degli esami sostenuti.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 La informiamo che i Suoi Dati sono trattati in ottemperanza al nuovo Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (Reg. UE 2016/679) da parte dell'Università Guglielmo Marconi. Sul sito <https://www.unimarconi.it/informativa-sulla-privacy/> trova l'informativa completa in relazione alle procedure e modalità di trattamento dei dati. Per i diritti riservati all'interessato dalla legge, si rimanda al GDPR UE 2016/679. Il Titolare del trattamento Università degli Studi Guglielmo Marconi può essere contattato scrivendo a mezzo posta a: Università degli Studi Guglielmo Marconi, Via Plinio n. 44 - 00193 Roma, oppure tramite posta elettronica al seguente indirizzo e mail: dpo_gdpr@unimarconi.it.

IL SOTTOSCRITTO INFINE DICHIARA

- di aver preso visione, sul sito www.unimarconi.it e pertanto di conoscere ed accettare, tutti i Regolamenti dell'Università Guglielmo Marconi ivi compreso il "Contratto con lo Studente";
- di essere a piena conoscenza che la propria iscrizione comporta l'obbligo al pagamento dell'intera retta universitaria per l'A.A. a cui si è iscritti anche in caso di rinuncia, trasferimento ad altro Ateneo o sospensione degli Studi;
- DI AVER VERSATO LA PRIMA RATA DELLE TASSE UNIVERSITARIE PREVISTE PER L'IMMATRICOLAZIONE/ISCRIZIONE [4]
- DI AVER VERSATO LA TASSA REGIONALE PER IL DIRITTO ALLO STUDIO [5]

Data ____/____/____

Firma Leggibile (autografa) _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(artt. 45 e 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ in _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000; sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di aver sostenuto i seguenti esami presso l'Università di _____

Corso di Laurea Triennale Magistrale/Specialistica Laurea V.O. Diploma triennale V.O.

in _____

Titolo conseguito in data _____ / _____

Titolo **non** conseguito

ESAME	SSD	CFU	VOTO	DATA	UNIVERSITÀ

(aggiungere righe se necessario)

Data _____ / _____ / _____

Firma Leggibile _____

Di aver svolto le seguenti attività formative non universitarie certificate

NOME CORSO	ENTE EROGANTE	DATA DI CONSEGUIMENTO	LIVELLO/DURATA

(aggiungere righe se necessario)

Dichiara inoltre di aver svolto o di svolgere le seguenti attività lavorative

AZIENDA/ENTE	INDIRIZZO	QUALIFICA	DURATA

(aggiungere righe se necessario)

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016

La informiamo che i Suoi Dati sono trattati in ottemperanza al nuovo Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (Reg. UE 2016/679) da parte dell'Università Guglielmo Marconi. Sul sito <https://www.unimarconi.it/informativa-sulla-privacy/> trova l'informativa completa in relazione alle procedure e modalità di trattamento dei dati. Per i diritti riservati all'interessato dalla legge, si rimanda al GDPR UE 2016/679. Il Titolare del trattamento Università degli Studi Guglielmo Marconi può essere contattato scrivendo a mezzo posta a: Università degli Studi Guglielmo Marconi, Via Plinio n. 44 – 00193 Roma, oppure tramite posta elettronica al seguente indirizzo e-mail: dpo_gdpr@unimarconi.it.

Il presente modulo, compilato e firmato, andrà allegato in fase di immatricolazione/iscrizione nell'area web accedendo a MyUnimarconi (www.unimarconi.it). In alternativa potrà essere inoltrato via e-mail a immatricolazioni@unimarconi.it

Data ____/____/____

Firma Leggibile

2/2