



Università degli Studi
Guglielmo Marconi

DOMANDA DI ISCRIZIONE CORSI DI AGGIORNAMENTO PER INSEGNANTI

AL MAGNIFICO RETTORE
DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI "GUGLIELMO MARCONI"

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		

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_____ AD UNO DEI SEGUENTI CORSI
<input type="checkbox"/> MASTER I LIVELLO 1500 ORE POST LAUREAM IN
<input type="checkbox"/> MASTER II LIVELLO 1500 ORE POST LAUREAM IN
INDICARE SOLTANTO PER IL MASTER SE SI VUOLE PARTECIPARE ALL'ATTIVITÀ FACOLTATIVA DI STAGE: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> CORSO DI PERFEZIONAMENTO PROFESSIONE DOCENTE 1500 ORE POST DIPLOMA IN
<input type="checkbox"/> CERTIFICAZIONE INFORMATICA IN (ISCRIZIONE A SINGOLO LIVELLO)
<input type="checkbox"/> CERTIFICAZIONE INFORMATICA IN (ISCRIZIONE A TRE LIVELLI)

DICHIARA
ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445
DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI TITOLI DI STUDIO

1) Laurea in		
<input type="checkbox"/> Laurea di vecchio ordinamento (Quadriennale/Quinquennale)		
<input type="checkbox"/> Laurea Specialistica		
<input type="checkbox"/> Laurea Magistrale		
<input type="checkbox"/> Laurea		
<input type="checkbox"/> Laurea Magistrale a ciclo unico		
<input type="checkbox"/> Diploma universitario		
Conseguita il	Nell'A.A.	Voto
Presso l'Università		

Facoltà		
2) Diploma in:		
Conseguito il	Nell'A.A.	Voto
Presso l'Istituto		
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		
5) <input type="checkbox"/> di non essere iscritto ad altro corso universitario di durata pari o superiore alle 1500 ore		
6) <input type="checkbox"/> di essere iscritto/a al seguente corso universitario di durata pari o superiore alle 1500 ore:		
Università _____		
Corso _____		
Anno di immatricolazione _____		
Il sottoscritto, ai sensi dell'art. 6 del D.M. 930/2022 nei casi di contemporanea iscrizione a due corsi di istruzione superiore, dichiara di avere i requisiti richiesti per l'accesso ad entrambi i percorsi e che gli stessi rappresentano due titoli di studio diversi.		

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 _____

Dichiarazione sostitutiva della

CERTIFICAZIONE DEL TITOLO DI STUDIO

(Art. 46 - lettera l, m, n - D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La Sottoscritto/a

Nato/a il

residente a in n°.....

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000.

DICHIARA

di essere in possesso

Titolo di studio

conseguito in data presso

con il seguente punteggio

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 455

Data

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)*

*Ai sensi di legge la firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato.