

**DOMANDA DI PREISCRIZIONE**

**AL MAGNIFICO RETTORE**

**DELL’UNIVERSITÀ DEGLI STUDI “GUGLIELMO MARCONI”**

# MOD/M4

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome  |  |  |
| Cognome  |  |  |
| Luogo di Nascita  |  |  | Provincia  |
| Stato  | Data di nascita  |  |
| Sesso  |  | M  |  | 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

Master di secondo livello in Medicina Tradizionale Complementare e Integrativa (MTCI)



**CHIEDE DI ESSERE PREISCRITTO PER L’A.A. 20**

**/20**

**AL CORSO IN**

**DICHIARA**

|  |
| --- |
| **1) Di essere in possesso del seguente titolo di studio:**  |
| **a) Diploma 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:  |
| **b) Laurea in** (se laureato compilare solo il riquadro sottostante) |
| [ ] Laurea di vecchio ordinamento (Quadriennale/Quinquennale)  |
| [ ] Laurea Specialistica  |
|  [ ] Laurea Magistrale  |
|  [ ] Laurea  |
|  [ ] Laurea Magistrale a ciclo unico  |
| Conseguita il  | Nell’A.A.  | Voto  |
| Presso l’Università  |
| Facoltà  |
| **3) di aver versato la tassa di preiscrizione** 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**

 La tassa è rimborsabile se non si raggiunge il numero minimo di partecipanti

**Scegli la tua Modalità di partecipazione:**

**Standard Premium**

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