

**DOMANDA DI PREISCRIZIONE**

**AL MAGNIFICO RETTORE**

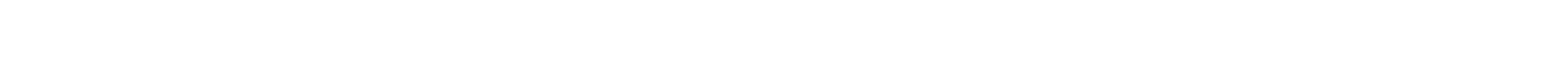
**DELL’UNIVERSITÀ DEGLI STUDI “GUGLIELMO MARCONI”**

# MOD/M4

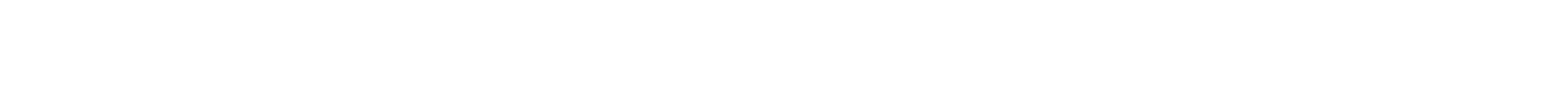
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome | | | | | | |  | |  | |
| Cognome | | | | | | |  | |  | |
| Luogo di Nascita | | | | | | |  | |  | Provincia |
| Stato | | | | | | | Data di nascita | |  | |
| Sesso |  | M |  | F | | Codice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