



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FOGGIA

DOMANDA DI AMMISSIONE AL CORSO DI PERFEZIONAMENTO IN TERAPIA ANTALGICA E CURE PALLIATIVE

**AL MAGNIFICO RETTORE
DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FOGGIA**

IL SOTTOSCRITTO

Cognome	Nome.....
nato a	prov. il
residente a	prov.....
Via	n°..... C.A.P.
Domiciliato a	prov.....
Via	n°..... C.A.P.
Cittadinanza	Tel./cell. E-mail

CHIEDE

di essere ammesso, per l'anno accademico 2009/2010, al corso di Perfezionamento in "Terapia Antalgica e Cure Palliative".

Si allega ricevuta del versamento della tassa di ammissione al Master di € 40,00.

INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS 30.06.2003, n. 196

I dati personali saranno raccolti e trattati, nel rispetto delle norme di legge, per finalità connesse allo svolgimento delle attività istituzionali, in particolare per tutti gli adempimenti connessi alla piena attuazione del rapporto didattico ed amministrativo con l'Università.

Richiesta di equipollenza, ai soli fini di ammissione al presente Corso.

data _____

Firma _____

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(cittadini italiani e cittadini comunitari)**

I cittadini extracomunitari legalmente soggiornanti in Italia possono utilizzare le dichiarazioni sostitutive di certificazione e dell'atto di notorietà limitatamente agli stati, alle qualità personali e ai fatti certificabili o attestabili da parte di soggetti pubblici italiani.

...I... sottoscritt..., nat... a
..... II

consapevole delle responsabilità penali (artt. 483, 485, 486 c.p.) e amministrative inerenti alla predetta dichiarazione come ammonito dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n° 445;

DICHIARA

(ai sensi dell'art. 46 e 48 del DPR 28 dicembre 2000, n° 445)

1) di essere in possesso della laurea in:.....
conseguita presso l'Università di
con la votazione di/..... in data

2) di essere in possesso dei seguenti altri titoli:

(voto diploma di specialità attinenti; pubblicazioni attinenti; attività lavorativa attinente):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data _____

Firma _____

