

**SPAZIO RISERVATO
ALLA FOTOGRAFIA**

AL RETTORE DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DELLA CAMPANIA "LUIGI VANVITELLI"
COMPILARE TUTTE LE VOCI A CARATTERE STAMPATELLO

__ L __ SOTTOSCRITT__

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA COMUNE DI NASCITA PROV.

INDIRIZZO DI RESIDENZA: via/p.zza N. CIVICO C.A.P.

COMUNE DI RESIDENZA PROV.

PREFISSO N. TELEFONICO CITTADINANZA

NUMERO DI CELLULARE

E-MAIL

Chiede

**di essere immatricolat__, per l'a.a.2019/2020, al Corso di Perfezionamento, in:
"Malattie Rare"**

A tal fine, consapevole delle responsabilità cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità nonché delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, di cui all'art. 76 del D.P.R.n. 445/2000, dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000:

di aver conseguito il diploma di laurea Specialistica - Magistrale - Vecchio

ordinamento didattico (barrare la casella corrispondente alla tipologia del titolo di studio

conseguito) in _____(Classe _____) in

data _____

presso l'Università degli Studi di _____, riportando la
votazione finale di _____;

di non trovarsi in una situazione tale da determinare, con l'iscrizione stessa, la violazione del divieto di contemporanea iscrizione a più corsi di studio che comportino il conseguimento di un titolo universitario o di livello universitario.

ALLEGA ALLA PRESENTE

- **FOTOCOPIA DI UN VALIDO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO**
- **N.1 FOTOGRAFIA FORMATO JPG**
- **RICEVUTA DEL VERSAMENTO DEL CONTRIBUTO PREVISTO PER L'ISCRIZIONE AL CORSO DI PERFEZIONAMENTO E DELLA TASSA REGIONALE EFFETTUATO MEDIANTE BONIFICO BANCARIO SUL SEGUENTE CONTO IBAN:
IBAN: IT 06 I 02008 03443 000400002765**

Luogo _____, **data** _____

Firma _____