

DOMANDA DI ISCRIZIONE A CORSI MASTER ANNO ACCADEMICO 2015/2016

Incollare foto
formato tessera
firmata a lato
sul davanti

AL MAGNIFICO RETTORE
dell'Università degli Studi di Firenze
Segreteria Post Laurea
Via Gino Capponi, 9
50121 FIRENZE

Marca da
bollo da
€ 16,00

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N. MATRICOLA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

- **cognome e nome** |_____|

sesto M F nato/a il |__|__|__|__|__|__| a |_____|

prov. |__|__| nazione di nascita |_____| cittadinanza |_____|

- **residente** in via/piazza |_____| n. |_____|

frazione/località |_____|

comune |_____| prov. |__|__| C.A.P. |__|__|__|__|

telefono |_____| cell. |_____|

e-mail |_____|

- **recapito** (indicare solo se diverso dalla residenza. Obbligatorio in ipotesi di residenza in Paese estero)

presso |_____| telefono |_____|

via/piazza |_____| n. |_____|

comune |_____| prov. |__|__| C.A.P. |__|__|__|__|

CHIEDE L'ISCRIZIONE

PER L'A.A. 2015/2016 AL MASTER DI SECONDO LIVELLO IN

INGEGNERIA DELLA SALUTE e HTA

*E' vietata l'iscrizione contemporanea a diverse Università, a diversi Istituti di istruzione superiore e a diversi corsi di studio della stessa Università; pertanto, qualora lo studente sia già iscritto ad un altro corso universitario, anche in altro Ateneo, **prima di procedere con l'iscrizione**, dovrà presentare domanda di rinuncia agli studi intrapresi, fatto salvo non vi siano i presupposti per chiedere la "sospensione della carriera" così come specificato nella sez. 10 del Manifesto degli studi a.a. 2015/16.*

A tal fine DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del **D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445** e consapevole che chi dichiarerà il falso vedrà decadere i benefici ottenuti e incorrerà nelle sanzioni penali previste per le false dichiarazioni dagli artt. 75 e 76, del D.P.R. citato

di aver **conseguito il diploma di maturità** _____|

nell'anno scolastico |__|__|__|__| / |__|__|__|__| con la votazione di |__|__|__| su |__|__|__|

presso l'Istituto/Liceo|_____|

sito nel Comune di |_____| Prov.|_____|

C.A.P. |__|__|__|__| Via/Piazza |_____| N.|_____|



COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art.11 del *Regolamento di attuazione del codice di protezione dei dati personali in possesso dell'Università degli studi di Firenze* e fermo restando il diritto di opporsi per motivi di legittimità ai sensi dell'art.7 del *D.L.gs 30/6/2003, n.196*, **autorizza** la comunicazione e diffusione, anche tramite la pubblicazione sul sito web di Ateneo, dei propri dati personali in possesso dell'Università a Enti pubblici o privati che ne facciano richiesta al fine di agevolare l'orientamento, la formazione e l'inserimento professionale e nel mondo del lavoro, anche all'estero, dei giovani studenti e laureati: SI NO

_____ (data)

_____ (firma)

Allegati:

- due fotografie** formato tessera firmate da un lato dal richiedente (compresa quella da incollare sul presente modulo);
- fotocopia** di un **documento di identità**;
- per i cittadini extra Unione Europea legalmente soggiornanti in Italia: copia della ricevuta dell'istanza di permesso di soggiorno rilasciata da Poste Italiane, oppure copia del permesso di soggiorno in corso di validità rilasciato dall'Ente preposto;
- attestazione dell'avvenuto pagamento della prima rata** **tassa di iscrizione** di € **2.000** (per i soci iscritti all'Associazione Italiana Ingegneri Clinici – AIIC, quota ridotta € **1.800**) effettuato su **bollettino c/c postale n. 30992507**, intestato all'Università degli Studi di Firenze – Tasse Scuole Specializzazione – 50121 Firenze – Piazza S. Marco, 4, o con **bonifico bancario** sul c/c n. **000041126939** intestato all'Università degli Studi di Firenze, presso la Banca UNICREDIT SpA, via Vecchietti, 11 - 50123 Firenze - Codice **IBAN: IT 88 A 02008 02837 000041126939** - Codice **BIC/SWIFT: UNCRITM1F86**. Per entrambe le modalità di pagamento indicare quale **causale obbligatoria**: *prima rata* *tassa di iscrizione al Master in Ingegneria della salute e HTA*, per l'anno accademico 2015/16;
- altro** _____