

DOMANDA DI AMMISSIONE CORSO MASTER

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

ANNO ACCADEMICO 2015/2016

Oggetto: Domanda di ammissione alla selezione per il corso Master Universitario di primo livello
in:

INGEGNERIA CLINICA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Codice Fiscale

cognome e nome

sexso 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 (*scrivere stampatello*)

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

presso telefono

in via/piazza n.

comune prov. C.A.P.

CHIEDE di essere ammessa/o alle prove di selezione in oggetto.

A TAL FINE DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del **D.P.R. 28/12/2000, 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 essere in possesso del seguente titolo valido per il Master in oggetto:

- laurea in (V.O. ante DM 509/99)
- laurea triennale ex DM 509/99 in Classe
- laurea specialistica ex DM 509/99 laurea magistrale ex DM 270/04 in Classe
- diploma universitario in
- altro (specificare)

conseguito presso l'Università degli Studi di

(*se conseguito presso l'Ateneo fiorentino indicare numero di matricola:*)

in data con votazione di su lode SI

per i titoli conseguiti all'estero: allegare copia certificato di laurea e traduzione.

- **di essere in possesso dei seguenti titoli** di cui chiede la valutazione (*attestati, pubblicazioni, ecc...*)

- **di essere in possesso delle seguenti conoscenze linguistiche:**

- **di essere in possesso delle seguenti conoscenze informatiche:**

- **di essere a conoscenza** delle norme e dei termini previsti dal bando;

• **di essere a conoscenza** che nel caso sia accertata la non veridicità di quanto dichiarato, fermo restando le responsabilità penali in caso di dichiarazioni false, comporterà l'automatica esclusione dalla graduatoria e la conseguente impossibilità di iscriversi.

_____ (data)

_____ (firma)

ALLEGATI:

- quietanza comprovante l'avvenuto pagamento di € 30,00** a titolo di contributo spese per la prova di ammissione, da effettuarsi mediante bollettino di c/c postale n. 2535, intestato a Università degli Studi di Firenze – Servizio Tesoreria Piazza San Marco, 4 – 50121 Firenze, con causale obbligatoria: "*domanda di ammissione al Master in Ingegneria Clinica, a.a. 2015/2016*".
- autocertificazione o certificato di laurea con indicazione degli esami sostenuti e titolo tesi (esclusi i laureati presso l'Università degli Studi di Firenze).
- curriculum vitae
- eventuali titoli presentati per la valutazione, in copia dichiarata conforme all'originale dall'interessato:
