

DOMANDA DI ISCRIZIONE A CORSI MASTER ANNO ACCADEMICO 2018/2019

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** | _____

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 | _____

- **domicilio** (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. 2018/2019 AL MASTER DI PRIMO LIVELLO IN

**SCIENZE DEL LAVORO E GESTIONE
DELLE RISORSE UMANE – LS-HRM**

*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. 9 del Manifesto degli studi A.A. 2018/19.***

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. | _____

I DATI RICHIESTI DALL'UNIVERSITA' SONO RACCOLTI IN CONFORMITA' AL REGOLAMENTO UE 2016/679 DEL 27/04/2016



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

Area Servizi alla Didattica
Segreteria Postlaurea
Modulo per iscrizione Master – Anno accademico 2018/2019

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

- di essere in **possesso del seguente titolo valido per l'accesso al Master in oggetto:**
- diploma di laurea in _____ (V.O. ante DM 509/99)
 - laurea triennale ex DM 509/99 in _____ Classe _____
 - laurea triennale ex DM 270/04 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

anno accademico di prima immatricolazione |_|_|_|_|_|_|_|_|/|_|_|_|_|_|_|_|_| (anno accademico in cui lo studente è entrato per la prima volta nel sistema universitario nazionale).

- **di aver preso visione del decreto istitutivo del master** e di essere a conoscenza che il pagamento della seconda e della terza rata delle tasse deve essere effettuato entro la scadenza indicata. Le attestazioni degli avvenuti pagamenti dovranno essere **obbligatoriamente** consegnate alla Segreteria Post Laurea o inviate via e-mail (master@adm.unifi.it) o fax (055 2756741).

Ai fini degli esoneri/riduzione delle tasse e contributi DICHIARA, INOLTRE

- di essere **studente con disabilità**, come risulta **dall'allegata certificazione** rilasciata dagli Organi competenti, con:
- riconoscimento di handicap** ai sensi dell'articolo 3, comma 1, della legge 5/2/1992, n. 104;
 - invalidità riconosciuta pari o superiore al 66%** con la seguente **tipologia di invalidità:**
 - Cecità e menomazioni visive;* *Sordità e menomazioni uditive;* *Dislessia e difficoltà di linguaggio;*
 - Difficoltà mentali;* *Disabilità motorie permanenti e provvisorie* *Altro (specificare)* _____

CHIEDE DI PARTECIPARE ALL'ASSEGNAZIONE DELLE BORSE DI STUDIO di cui all'art. 9 del Decreto istitutivo del Master in oggetto NO SI

e a tal fine DICHIARA:

- di autorizzare l'Ateneo ad effettuare l'acquisizione del valore **ISEE 2019** per le prestazioni per il diritto allo studio universitario avendo sottoscritto la relativa dichiarazione sostitutiva unica (D.S.U.) in data _____

- di **non usufruire per l'anno accademico 2018/2019 di borse di studio** concesse da altri Enti o di finanziamenti pubblici per la frequenza ai corsi di Master

CHIEDE, infine

di essere ammesso/a a sostenere, durante lo svolgimento del corso, le **verifiche di profitto e il tirocinio** assicurando che sosterrà le prove rispettando le norme del Decreto istitutivo del Master, in particolare quelle di essere in regola con il pagamento delle tasse e di aver ottenuto le attestazioni di frequenza, consapevole che eventuali esami sostenuti in violazione a quanto sopra dichiarato saranno annullati. Lo studente è consapevole che,



se non in regola col pagamento delle tasse, di eventuali more o oneri amministrativi, non sarà ammesso agli esami di profitto ed all'esame finale.

COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DI DATI PERSONALI

Ai sensi del Regolamento Generale sulla Protezione dei dati Personali (Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016), **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:

- una fotografia** formato tessera, firmate da un lato dal richiedente;
- 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; **copia del passaporto** con lo specifico visto d'ingresso per motivi non turistici;
- attestazione dell'avvenuto pagamento della prima rata tassa di iscrizione/rata unica**, 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 Scienze del lavoro e gestione delle risorse umane - LS-HRM**
- documenti originali del titolo di studio perfezionati dall'Autorità diplomatica o consolare italiana, competente per territorio, tradotti, autenticati, legalizzati e muniti delle previste dichiarazioni di valore (soltanto per i cittadini dell'Unione Europea ed equiparati e/o extra Unione Europea residenti all'estero che siano stati ammessi al Master in base a titoli di studio conseguiti all'estero);
- dichiarazione sostitutiva di certificazione e dell'atto di notorietà (soltanto per i candidati che richiedono borsa di studio a rimborso, ai sensi dell'art. 9 del Decreto istitutivo del Master)
- altro _____



**Dichiarazione sostitutiva di certificazione e dell'atto di notorietà
(artt. 46-47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)**

Il/La sottoscritto/a nato/a a
il residente nel Comune di prov

Vian.....
cap. tel.cellulare.....mail.....

Codice fiscale, **(dato necessario per la ricezione della
Certificazione Unica dei redditi)**

coniugato/a con nato/a a il

Codice Fiscale **(dato obbligatorio ai fini della Certificazione
Unica)**, in riferimento all'istanza per l'ottenimento della borsa di studio a totale rimborso della quota di iscrizione
al Master in "....."
presso il Dipartimento di
per l'importo di €, ai sensi degli artt. 46-47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445

DICHIARA

- di non essere titolare di un assegno di ricerca **per l'intera durata del Master in parola;**
- di non avere richiesto ad altri soggetti pubblici e/o privati borse di studio per la partecipazione al Master in parola;
oppure
- di avere richiesto ai seguenti soggetti pubblici e/o privati borse di studio per la partecipazione al Master in parola, impegnandosi, qualora ottenga più di un'agevolazione di diversa provenienza, ad optare per quella che ritiene più favorevole, anche tramite restituzione di quanto già eventualmente erogato:

- denominazione soggetti pubblici e/o privati a cui è stata richiesta:

- indirizzo/i:

- recapiti (telefono – fax, e-mail)

di impegnarsi a comunicare ogni eventuale modifica nelle dichiarazioni di cui ai punti precedenti e di essere consapevole che, il sopraggiungere delle incompatibilità sopra richiamate determina il mancato riconoscimento del totale ammontare della borsa con conseguente obbligo di restituzione di eventuali importi già percepiti.

Ai sensi dell'art. 76 del DPR del 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle responsabilità assunte innanzi alla legge con il presente atto e delle conseguenze che possono derivare in caso di dichiarazione mendace, reticente o contenente dati non rispondenti a verità, il sottoscritto riconosce pienamente conforme alla sua volontà quanto sopra dichiarato e sottoscrive l'atto medesimo.

Firenze,

Firma

