

DOMANDA DI AMMISSIONE MODULI SINGOLI DI CORSO MASTER

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

ANNO ACCADEMICO 2019/2020

Oggetto: Domanda di ammissione alla selezione ai **MODULI SINGOLI** del corso Master Universitario di primo livello in:

COMUNICAZIONE MEDICO-SCIENTIFICA E DEI SERVIZI SANITARI

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)

domicilio (indicare solo se diverso dalla residenza. Obbligatorio in ipotesi di residenza in Paese estero).

presso telefono/cellulare

in via/piazza n.

comune prov. C.A.P.

CHIEDE

di essere ammessa/o alle prove di selezione in oggetto (indicare insegnamenti fino a un massimo di 12 cfu)

INSEGNAMENTO	SSD	CFU
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

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:

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. _____

- 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

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. In particolare, che in caso di spedizione postale della presente domanda (obbligatoriamente tramite raccomandata con ricevuta di ritorno) la stessa sarà accolta solo se pervenuta alla competente Segreteria entro il termine previsto dal bando. A tal fine non farà fede il timbro postale di accettazione.

. di essere a conoscenza che l'accertamento di dichiarazioni mendaci, fermo restando le responsabilità penali in caso di false dichiarazioni, 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 moduli singoli Master in Comunicazione medico-scientifica e dei Servizi sanitari - A.A. 2019/2020"
 autocertificazione del diploma di laurea con indicazione degli esami sostenuti e titolo tesi (esclusi i laureati presso l'Università degli Studi di Firenze)
 curriculum vitae
 copia di un documento di identità in corso di validità
 eventuali titoli presentati per la valutazione, in copia dichiarata conforme all'originale dall'interessato ai sensi del DPR n. 445/2000: _____