

**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 2017/2018**

**Oggetto:** Domanda di ammissione alla selezione a **MODULI SINGOLI** al corso Master Universitario di primo/secondo livello in:

\_\_\_\_\_ *(indicare la denominazione completa del corso Master)*

**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/cellulare \_\_\_\_\_

in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

comune \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammessa/o alle prove di selezione in oggetto (indicare fino ad 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:

I DATI RICHIESTI DALL'UNIVERSITÀ SONO RACCOLTI IN CONFORMITÀ AL D.LGS. 30 GIUGNO 2003, N. 196



---

---

---

---