

AL DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA
UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PARMA

OGGETTO: Domanda di Ammissione - Laureato Frequentatore.

Il/La sottoscritto/a Cognome..... Nome
nato/a... a il
codice fiscale cittadinanza
residente a via n.
CAP tel. cellulare e-mail

CHIEDE

di essere ammesso a frequentare la struttura del Dipartimento di Medicina e
Chirurgiaper il periodo dal..... al

per lo svolgimento della seguente tipologia di attività:

.....

DICHIARA

di essere in possesso del seguente titolo di studio:
conseguito presso
nell'anno

Allega alla presente:

Curriculum Vitae et Studiorum

Dichiarazione di disponibilità del docente Prof. a svolgere ruolo Tutor

Copia certificato di Laurea o titolo superiore (in caso di conseguimento titolo in altra sede universitaria)

Copia documento riconoscimento valido

Consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

Dichiara di esser informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs.196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Parma,

.....
Firma del/la dichiarante
(per esteso e leggibile)