



## MASTER UNIVERSITARIO DI II LIVELLO IN

### *Galenica Tradizionale e Clinica*

Anno Accademico 2008-2009

### DOMANDA DI ISCRIZIONE

**Università degli Studi di Camerino**

Dipartimento di Medicina Sperimentale e Sanità Pubblica

Via Madonna delle Carceri, 9

62032 – Camerino (MC)

**Il/la sottoscritto/a Cognome .....**

**Nome..... nato/a il.....,**

**a..... (prov.....); residente in**

**via/piazza/corso.....,n.....**

**comune..... (prov.....); C.A.P.....**

**tel....., cellulare....., e-mail.....**

### **CHIEDE**

**di essere ammesso per l'anno accademico 2008/2009 al  
Master di II livello in “Galenica Tradizionale e Clinica”**

Al tal fine valendosi delle disposizioni di cui all'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 455 e consapevole che chi dichiarerà il falso vedrà decadere i benefici ottenuti e incorrerà nelle sanzioni penali previste per false dichiarazioni dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. citato

## DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

di essere a conoscenza delle norme e dei termini previsti dal bando e di accettarne senza riserva tutte le condizioni;  
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 dal corso;  
di essere in possesso del seguente titolo di studio:

} Laurea specialistica (Classe\_\_\_\_) } Laurea previgente ordinamento  
} Laurea triennale (Classe\_\_\_\_\_) } Diploma universitario

in.....

conseguito il..... con voti.....

presso l'Università di.....

### Allega alla domanda

fotocopia del documento di pagamento della quota di iscrizione pari a €\_\_\_\_\_,\_\_\_\_  
fotocopia del documento di identità.

INFORMATIVA AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO 30/06/2003 N. 196 I dati personali saranno raccolti e trattati, nel rispetto delle norme di legge, per finalità connesse allo svolgimento delle attività istituzionali, in particolare per tutti gli adempimenti connessi alla piena attuazione del rapporto didattico ed amministrativo con l'Università.

Data\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_