

DOMANDA DI AMMISSIONE AL MASTER

(Compilare in ogni parte in stampatello)

Prot. _____

Data _____

Firma del ricevente _____

Master Universitario di II Livello Psicodiagnostica Clinica e Peritale A.A. 2014-15

Dati personali

Nome _____

Cognome _____

Luogo e data di nascita _____

Codice Fiscale

Residenza

Via _____ N _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Tel _____ Cell. _____ E-mail _____

chiede di partecipare alla selezione ai fini dell'iscrizione al Master Universitario di II livello in Psicodiagnostica Clinica e Peritale per l'A.A. 2014-2015

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite penalmente ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e successive modifiche e che il Consorzio Universitario Humanitas effettuerà controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni rese, ai sensi degli art. 71, 75 e 76 dello stesso D.P.R. dichiara:

Titolo di Studio

Laurea in _____ A.A. ____ / ____ Voto ____ / ____
(indicare anche la classe di laurea)

Conseguita presso _____ in data ____ / ____ / ____

Anno Accademico Immatricolazione all'università _____

Durata legale Corso di Laurea in anni (specificare soprattutto se N.O.) _____

Allegare alla presente:

- ☐ Autocertificazione del titolo universitario conseguito oppure fotocopia del relativo certificato con l'indicazione del voto di laurea, debitamente firmato.
- ☐ Copia di un documento valido di riconoscimento e del codice fiscale.
- ☐ Curriculum vitae et studio rum.

- Si esprime il consenso al trattamento dei dati personali nel rispetto del D.L. 196/03 e successive modifiche

Data _____ Firma _____

Inviare la documentazione in formato elettronico all'indirizzo info@consorziohumanitas.com oppure consegnare a mano presso la Segreteria del Consorzio Universitario Humanitas sita in Roma in via della Conciliazione 22. - 00193 Roma - Tel. 06-3224818 dal lun. al ven. dalle 14.00 alle 18.00