

MODULO IMMATRICOLAZIONE

Anno accademico 2015/2016 – II SESSIONE

Il/La sottoscritto/a

(Cognome) _____

(Nome) _____

Chiede di essere iscritto/a al Corso/Master

in: _____

Chiede di sostenere l'Esame Finale nella sede di :

<input type="checkbox"/> Ancona	<input type="checkbox"/> L'Aquila	<input type="checkbox"/> Reggio Calabria
<input type="checkbox"/> Bari	<input type="checkbox"/> Lecce	<input type="checkbox"/> Rimini
<input type="checkbox"/> Bologna	<input type="checkbox"/> Milano	<input type="checkbox"/> Roma
<input type="checkbox"/> Cagliari	<input type="checkbox"/> Napoli	<input type="checkbox"/> Salerno
<input type="checkbox"/> Catania	<input type="checkbox"/> Palermo	<input type="checkbox"/> Sassari
<input type="checkbox"/> Cosenza	<input type="checkbox"/> Parma	<input type="checkbox"/> Torino
<input type="checkbox"/> Firenze	<input type="checkbox"/> Perugia	<input type="checkbox"/> Udine
<input type="checkbox"/> Foggia	<input type="checkbox"/> Pescara	<input type="checkbox"/> Venezia
<input type="checkbox"/> Frosinone	<input type="checkbox"/> Pisa	<input type="checkbox"/> Verona
<input type="checkbox"/> Genova	<input type="checkbox"/> Ravenna	

A tal fine, avvalendosi delle disposizioni di cui all'art. 46 del DPR 28 Dicembre 2000 n. 445 e consapevole che chi dichiarerà il falso vedrà decadere i benefici ottenuti ed incorrerà nelle sanzioni penali previste per le false dichiarazioni dagli art. 75 e 76, del DPR anzidetto.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

a) di essere nato/a il ____/____/____ a _____

Prov. _____ nazione _____

b) di avere il seguente codice fiscale _____

c) di essere residente in _____ prov. _____

via _____ n. _____ c.a.p. _____

d) di eleggere il seguente indirizzo: **(obbligatorio - la mancanza è causa di immediato rigetto della domanda)**

nel Comune di _____ prov. _____

via _____ n. _____ c.a.p. _____

tel. _____ cellulare _____ / _____

e-mail _____

(obbligatoria - la mancanza è causa di immediato rigetto della domanda)

quali recapito cui essere contattato/a e per inviare le comunicazioni e le documentazioni relative alla presente procedura di iscrizione e di impegnarsi a far conoscere le eventuali successive variazioni;

e) di essere in possesso **della Laurea triennale** [] **specialistica** [] **o del vecchio ordinamento** [] in:

Facoltà _____

Università di _____

conseguito in data _____

f) di essere in possesso **del Diploma d'istruzione secondaria superiore** in:

conseguito in data ____/____/____

Presso _____

g) di scegliere il seguente omaggio: **(una sola scelta):**

Tablet

E-book Reader

Promo Porta un Amico

h) di essere a conoscenza che ai sensi dell'articolo 142 del T.U. delle leggi sull'istruzione superiore, "è vietata l'iscrizione contemporanea a diverse università e a diversi istituti d'istruzione superiore...".

i) di aver visionato le "Schede Sintetiche" di "Culturalmente" all'indirizzo www.formadocenti.it di essere, quindi, a piena conoscenza delle norme e dei termini, anche amministrativi, previsti e di accettarne senza riserva alcuna tutte le condizioni;

l) di conoscere l'informativa sulla privacy di cui all'art. 13 D. Lg. 196 del 30/06/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali"

Autorizza:

- autorizza l'invio di messaggi sul proprio cellulare ed e-mail da parte di "Culturalmente", in relazione al rapporto di studio e amministrativo con l'Associazione EIFORM;
- acconsente al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n.196 e all'eventuale inserimento degli stessi nella piattaforma Esse3;

l) di riconoscere dovute le rate non versate, qualora avesse scelto il pagamento dilazionato, secondo le scadenze riportate nel bando, anche in caso di eventuale rinuncia al corso;

firma per accettazione (obbligatoria)

IMPORTANTE:

La domanda d'iscrizione va spedita, solo ed esclusivamente, mediante raccomandata con ricevuta di ritorno ed in busta chiusa al seguente indirizzo:

Centro Raccolta Iscrizioni EIFORM

Circonvallazione Clodia, 163

00195 ROMA