



DOMANDA DI PRE-ISCRIZIONE A.A. 2025/26

Il sottoscritto

COGNOME

NOME

chiede di essere preiscritto a:

Master di Secondo Livello in

**GESTIONE CLINICA INTEGRATA DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIE DEL
METABOLISMO OSSEO**

A tal fine, valendosi delle disposizioni di cui all'art.46 del DPR 28/12/2000 n. 445 e s.m.i. e consapevole delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del suddetto decreto nei casi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' CHE I DATI SOTTO RIPORTATI SONO
CORRETTI E AGGIORNATI**

DATI ANAGRAFICI

Codice Fiscale		Sesso
Data di nascita	Città di nascita	Prov.
Stato di Nascita	Cittadinanza	

RESIDENZA

Indirizzo		
Città	C.A.P.	Prov.
Stato	Telefono cellulare	

TITOLO DI ACCESSO

Laurea:	
Anno conseguimento	Voto
Ateneo	
Stato	

DICHIARA INOLTRE

1. di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali dell'utenza studentesca ai sensi dell'artt.13 e 14 del GDPR – Regolamento UE 2016/679 e dell'art.15 del Regolamento in materia di protezione dei dati personali in attuazione del Regolamento UE 2016/679 sul Portale di Ateneo;
2. di impegnarsi a prendere visione del Vademecum per chi Studia e dei Regolamenti di Ateneo, in particolare del Regolamento Tasse e Contributi, del Regolamento delle Carriere Studentesche consultabili sul Portale di Ateneo.

Il file del documento di identità in corso di validità, del codice fiscale e del curriculum vitae allegati costituiscono parte integrante della presente domanda.

.....
luogo e data

.....
firma