

DOMANDA DI VALUTAZIONE PER L'ACCESSO AI CORSI DI LAUREA MAGISTRALI

ALLA SEGRETERIA DIDATTICA DELLA
SCUOLA DI SCIENZE DELLA SALUTE UMANA
LARGO BRAMBILLA, 3-NUOVO INGRESSO CAREGGI (NIC 3)
FIRENZE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome e Nome _____

nato/a il _____ a _____

prov. _____ nazione _____

residente in via/piazza _____ n. _____

comune _____ prov. _____ C.A.P. _____

tel./cell _____ **e-mail** _____

recapito (indicare solo se diverso dalla residenza) presso _____

in via/piazza _____ n. _____

comune _____ prov. _____ C.A.P. _____

CHIEDE la valutazione del possesso dei requisiti curriculari e della personale preparazione ai fini del rilascio del NULLA OSTA per

- Immatricolazione a.a. _____ / _____
- trasferimento da altro Ateneo
- passaggio da altro corso di studio dell'Università degli Studi di Firenze

AL CORSO DI LAUREA MAGISTRALE in

CLASSE _____ Indirizzo, orientamento o curriculum _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole che chi dichiarerà il falso vedrà decadere i benefici ottenuti e incorrerà nelle sanzioni penali previste per le false dichiarazioni dagli artt. 75 e 76, del D.P.R. citato

di essere in possesso del titolo accademico¹ conseguito presso l'Università di _____

se Università di Firenze indicare numero di matricola _____

in _____ Classe _____

conseguito in data _____ con votazione di _____ su _____ Lode [SI] [NO]

titolo della tesi: _____

materia: _____

OPPURE

di essere iscritto/a presso l'Università di _____

se Università di Firenze indicare numero di matricola _____

al corso di laurea in _____ Classe _____

E

¹ Solo per chi possiede titoli esteri allegare: Dichiarazione di valore, titolo di studio o copia conforme all'originale, certificato esami sostenuti tradotto e legalizzato o diploma supplement, eventuali programmi dei corsi

