



Application Form
Domanda di Ammissione
Università degli Studi "Link Campus University"

Corso Universitario per Esperto Balistico

Anno Accademico 2016-17
Academic Year 2016-17

Il presente modulo deve essere compilato, firmato ed inviato a mezzo mail al seguente indirizzo:
This application form must be filled in, signed and sent to the following address:

Dati Anagrafici - Personal Data

Cognome:
Family Name:

Nome:
First Name:

Sesso:
Sex:

M

F

Cod Fiscale:
Tax Code (if appropriate):

Luogo di Nascita:
Place of Birth:

Data di Nascita:
Date of Birth:

Provincia:
Province:

Stato:
State:

Nazionalità:
Nationality:

Stato Civile:
Marital Status:

Residenza anagrafica - Student's Address

Via:
Street:

CAP:
ZIP or Post Code:

Città:
City:

Prov:

Stato:
Country:

Cell:
Mobile:

Tel:

Fax:

Email:

Recapito in Roma per residenti fuori sede - Other address in Rome (if applicable)

Via:
Street:

CAP:
ZIP or Post Code:

Città:
City:

Prov:

Stato:
Country:

Tel:

Titolo di Studio – High School/University Studies

Tipologia titolo: Diploma Obtained:	_____	Voto Ottenuto: Grade/s Obtained:	_____
Istituto o Università: Institute/ School:	_____	Conseguito nell'anno: Completed in (year):	_____
Via: Street:	_____	Città: City:	_____

Programma di Studio scelto - Chosen Study programme

CORSO: _____

Dichiarazione - Declaration

Dichiaro di essere a conoscenza che, fermo restando le responsabilità penali, in caso di dichiarazioni false, ai sensi degli art. 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000, n.445 decadrò automaticamente dal diritto d'iscrizione, sarà annullata la carriera scolastica, e comunque in qualsiasi caso non avrò diritto al rimborso delle quote d'iscrizione.

Autorizzo, ai sensi del D. LgsS 196/2003, il trattamento dei miei dati che saranno usati ai fini della procedura di immatricolazione e non saranno divulgati a terzi.

I authorise that my personal data be used for application purposes and will not be divulged to third parties.

 Data - Date

 Firma del Candidato – Signature of Candidate

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Io sottoscritto:

Cognome:

Nome:

Sesso:

 M F

Cod Fiscale:

Luogo di Nascita:

Data di Nascita:

DICHIARO di essere in possesso del seguente DIPLOMA DI LAUREA conseguito presso :

Ateneo:

Facoltà/
Dipartimento:

**Dichiaro infine di aver discusso la tesi di laurea in il giorno
..... ottenendo la seguente votazione.....**

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui incorre in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art.75 del D.P.R. 28.12.2000, n.445 relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione.

Il sottoscritto, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 (codice di protezione dei dati personali), dichiara di essere a conoscenza che i propri dati saranno trattati dall'Università per assolvere agli scopi istituzionali ed al principio di pertinenza.

Il sottoscritto allega fotocopia di documento di identità in corso di validità.

.....

(luogo e data)

il dichiarante.....

(firma per esteso e leggibile)