



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

Corso Universitario per Esperto Balistico

Anno Accademico 2017-18

**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)**