

N° doc _____
consegnato il _____
(a cura della segreteria studenti)

**Al Magnifico Rettore Università
di Marouà
Sede c/o Istituto di Formazione
A.I.A.S. DI AFRAGOLA
Via Ventotene P.co Ventotene
80026 Casoria (NA)**

**OGGETTO: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI CORSI TRIENNALI
PROFESSIONI SANITARIE**

__ sottoscritt_ ai sensi dell'Art.46 DPR 28.12.2000 n.445, consapevole delle sanzioni penali previste per dichiarazioni non corrispondenti al vero, sotto la propria responsabilità:

DICHIARA

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F cittadinanza _____
C.F. _____ Data di nascita ___/___/___ Luogo di nascita _____
Residente in Via _____ n_ Città _____ C.A.P. _____ Prov _____
Recapito Telefonico: Tel. _____ Cell. _____ Email _____ @ _____
Di aver conseguito nell'anno scolastico _____ il seguente
titolo di studio _____ Votazione _____
presso l'Istituto _____ città _____ indirizzo _____

Di essere iscritto alle liste elettorali del comune di _____
Di non aver riportato condanne penali (se sì indicare quali _____)
Di non aver procedimenti penali in corso (se sì indicare quali _____)

Di autorizzare l'Università di Maroua, ai sensi del D. Lgs 196/03, al trattamento, comunicazione e diffusione in Italia e all'estero dei propri dati personali esclusivamente per le proprie finalità istituzionali e in particolare per tutti gli adempimenti connessi alla piena attuazione del rapporto di studio e amministrativo con l'Ateneo, ivi comprese le finalità collegate agli stage e ai placement, ed entro i limiti illustrati nel Decreto Legislativo.

CHIEDE

Di essere iscritt_ per l'anno accademico 2018/2019 al primo anno del corso professionale, secondo il seguente ordine di preferenza:

	Corso di laurea
1)	
2)	
3)	
4)	

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere consapevole che il costo annuo del corso è pari ad € 4.000,00 (QUATTROMILA/00) omnicomprendivo di dispense e oneri di legge (INAIL, assicurazione).

Tale somma può anche essere dilazionata nel modo seguente:

- € 1.000,00 (€ MILLE/00) all'atto dell'accettazione della domanda;
- € 300,00 (€ TRECENTO/) da versare entro e non oltre il 10 di ogni mese a partire dal gennaio 2019 fino a tutt'ottobre 2019.

Il mancato pagamento comporterà l'esclusione dalla partecipazione degli esami finali e il mancato pagamento di due rate comporterà l'esclusione in modo inappellabile dal corso.

L'accettazione della domanda e quindi dell'iscrizione al corso comporterà la presentazione del documento originale del Diploma di Scuola Media Superiore.

Ove mai il diploma venisse presentato in copia, occorre che il candidato fornisca la dichiarazione giurata di non frequenza ad altri corsi di laurea universitari.

Inoltre dovrà essere esibito certificato di sana e robusta costituzione e certificato cumulativo di nascita e residenza

Si allegano i seguenti documenti:

- ricevuta originale del pagamento del contributo di € 20,00
(Da effettuare sul conto corrente bancario intestato a
A.I.A.S. di AFRAGOLA IBAN: IT02G0103039690000000007587 specificando la seguente causale:
domanda di iscrizione al corso professionale)
- fotocopia (fronte e retro) firmata del documento di riconoscimento
- curriculum vitae formato europeo

(Luogo)

(Data)

(Firma leggibile)