



Application Form
Domanda di Ammissione
Università degli Studi "Link Campus University"
BANDO INPS EXECUTIVE - MPA

Anno Accademico 2017-18
Academic Year 2017-18

Il presente modulo deve essere consegnato a mano o spedito via posta al seguente indirizzo:

Università degli Studi "Link Campus University"
Ufficio Scuola Postgraduate
 Via del Casale di S. Pio V, 44
 00165 ROMA (ITALY)
 PEC: master@pec.net

Dati Anagrafici

Cognome: _____ Nome: _____
Family Name: First Name:

Sesso: M F Cod Fiscale: _____
Sex: Tax Code (if appropriate):

Luogo di Nascita: _____ Data di Nascita: _____
Place of Birth: Date of Birth:

Provincia: _____ Stato: _____
Province: State:

Nazionalità: _____ Stato Civile: _____
Nationality: Marital Status:

Residenza anagrafica

Via: _____
Street:
 CAP: _____ Città: _____ Prov: _____
ZIP or Post Code: City: Mobile:
 Stato: _____ Cell: _____
 Country: _____
 Tel: _____ Fax: _____ Email: _____

Riferimenti della P.A. di appartenenza

AMMINISTRAZIONE
 DI APPARTENENZA: _____
 Indirizzo: _____ Città: _____ Prov: _____
 POSIZIONE
 RICOPERTA: _____ Telefono Ufficio _____

Titolo di Studio

Tipologia titolo: _____ Voto Ottenuto: _____
Diploma Obtained: _____ *Grade/s Obtained:* _____
Istituto o Università: _____ Conseguito il: _____
Institute/ School: _____ *Completed to:* _____
Via: _____ Città: _____
Street: _____ *City:* _____

Programma di Studio scelto

MASTER: _____

Dichiarazione

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.

*Data - Date*_____
Firma del Candidato – Signature of Candidate

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
DIPLOMA DI MATURITA'

(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: _____

Residente in via: _____

CAP: _____

Città: _____

Prov: _____

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

Istituto: _____

Città/Provincia: _____

Dichiaro di aver conseguito il diploma di maturità

nell'anno scolastico..... presso 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 del proprio documento d'identità in corso di validità debitamente firmato.

.....
(luogo e data)

Il dichiarante.....

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
TITOLO DI LAUREA

(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: _____

Residente in via: _____

CAP: _____

Città: _____

Prov: _____

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

Ateneo: _____

Tipologia e classe
titolo: _____

Dichiaro di aver conseguito il diploma di laurea in
nell'anno accademico in data..... presso
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 del proprio documento d'identità in corso di validità debitamente firmato.

.....
(luogo e data)

Il dichiarante.....