



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

Anno Accademico – Academic Year 2016-17

Il presente modulo deve essere consegnato a mano o spedito via posta al seguente indirizzo:
This application form must be filled in, signed and consigned via post or by hand to the following address:

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

Programma di Studio scelto - Chosen Study programme

MASTER: _____

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: _____

Stato: _____ Cell: _____
Country: _____ Mobile: _____

Tel: _____ Fax: _____ Email: _____

Riferimenti della P.A. di appartenenza

AMMINISTRAZIONE
DI APPARTENENZA: _____

Indirizzo: _____

Città: _____

Prov: _____

POSISIZIONE
RICOPERTA: _____

Telefono Ufficio: _____

Titolo di Studio

Tipologia titolo:

Diploma Obtained: _____

Voto Ottenuto:

Grade/s Obtained: _____

Istituto o

Università:

Institute/ School: _____

Conseguito nell'anno:

Completed in (year): _____

Via:

Street: _____

Città:

City: _____

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 _____**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)**