



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SASSARI
AREA DIDATTICA, ORIENTAMENTO E SERVIZI AGLI STUDENTI
Ufficio Gestione Segreterie Studenti

Marca da Bollo
vigente
Euro 16,00

**DOMANDA DI AMMISSIONE AI CORSI SINGOLI DEL CORSO DI LAUREA MAGISTRALE A
CICLO UNICO IN MEDICINA E CHIRURGIA (CLASSE LM41)**

FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

_ l _ sottoscritt _____ nat _____ il _____ a _____ prov. _____
residente in via _____ n. _____ località _____ prov _____ CAP _____
tel./cell. _____ E-mail _____
cittadinanza _____

MATURITÀ

Conseguita nell'anno solare _____ nella nazione _____ tipo diploma _____
Votazione riportata _____/100
nome Istituto _____ statale parificato
indirizzo istituto _____ CAP _____ città _____ prov. _____

CHIEDE

di potersi iscrivere per l'A.A. 2016/2017 ai seguenti corsi singoli del corso di laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia (Classe LM41).

DICHIARA

- Di non essere contemporaneamente iscritto ad altri corsi di studio universitari, ai sensi dell'art. 142 del T. U. delle leggi sull'Istruzione Superiore (R.D. 31/08/1933 n° 1592).
- Di essere consapevole che le dichiarazioni false, l'indicazione di dati non corrispondenti al vero e l'uso di atti falsi sono puniti con specifiche sanzioni penali e con la perdita dei benefici eventualmente conseguiti (artt. 75 e 76 - D.P.R. 28/12/2000 n. 445).

ALLEGA:

- Copia del documento di identità in corso di validità

Data _____

Firma _____