

**Al Magnifico Rettore
Di Humanitas University**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il
_____ a _____ PROV. (____) con
Cittadinanza: _____ e residente a
_____ in Via _____ n°
_____ CAP _____ tel: _____ cell: _____ e-mail:

chiede di essere ammesso a partecipare alla selezione per l'ammissione al
MASTER DI II LIVELLO IN VITREORETINAL SURGERY attivato da Humanitas
University per l'A.A. 2019/2020.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione
mendace e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti per effetto del
provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (artt. 75 e
76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445), presa visione del bando di selezione
ed accettate tutte le condizioni e prescrizioni in esso previste, dichiara sotto la
propria responsabilità di essere in possesso dei seguenti titoli:

Laurea _____ magistrale/specialistica/vecchio _____ ordinamento _____ in
_____ conseguita nell'anno accademico _____
presso l'Università _____ con votazione

Diploma di Specializzazione in _____
conseguita nell'anno accademico _____ presso l'Università
_____ con votazione _____

Dottorato/PhD _____ in
nell'anno _____ presso conseguito
_____ l'Università

Diploma di Abilitazione all'esercizio della professione medica conseguito
nell'anno _____ presso l'Università _____

Dichiara inoltre:

di essere iscritto all'Ordine/Albo della Provincia di

Dichiara altresì (specificare il possesso di eventuali altri requisiti richiesti dal bando):

DATA _____

FIRMA
