

**DICHIARAZIONI PER IMMATRICOLAZIONE
SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN CHIRURGIA
ODONTOSTOMATOLOGICA**

RISERVATO ALL'UFFICIO

Matr. n.

Al Rettore dell'Università degli Studi di Milano – Bicocca

Il/la sottoscritto/a:

.....
Cognome

.....
nome

nato/a a il/...../.....
comune di nascita data

Ai fini dell'immatricolazione al corso di Scuola di Specializzazione, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000

dichiara:

*dichiarazioni sostitutive di certificazioni
(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)*

di non essere iscritto ad altro Corso di Studi

di essere iscritto al Corso di Studi in

presso l'Università di

che ha già sospeso (*in tal caso allegare copia della ricevuta o certificato di sospensione*)

che sospenderà per tutta la durata del Corso

(N.B. La domanda di immatricolazione viene accolta con riserva in attesa che venga consegnata a questo Ufficio copia della ricevuta o del certificato di sospensione/rinuncia)

- di essere a conoscenza che non potrà presentare ulteriori domande di iscrizione né presso questa Sede né presso altra Sede universitaria, e che l'eventuale iscrizione presso altra Università o altro Corso di Studi comporterà l'annullamento delle carriere scolastiche percorse

Milano,

.....
(firma)

La modulistica incompleta non verrà accettata

Nota: i dati personali vengono raccolti e trattati, nel rispetto delle norme di legge, dei principi di correttezza e tutela della riservatezza, esclusivamente per finalità connesse allo svolgimento delle attività istituzionali, in particolare per tutti gli adempimenti relativi alla piena attuazione del rapporto didattico ed amministrativo con l'Università (D.Lgs n. 196 del 30 giugno 2003 e successive modificazioni).