

DOMANDA DI VALUTAZIONE PER L'ACCESSO AI CORSI DI LAUREA MAGISTRALE

**ALLA SEGRETERIA DIDATTICA DELLA
SCUOLA DI SCIENZE DELLA SALUTE UMANA**
LARGO BRAMBILLA, 3-NUOVO INGRESSO CAREGGI (NIC 3)
FIRENZE

(gli indirizzi delle Segreterie Didattiche sono reperibili sui siti web delle Scuole all'indirizzo
www.unifi.it)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

cognome e nome | _____ |

nato/a il |__|_| |__|_| |__|_|_|_|_| a |_____ |

prov. |__|_| nazione |_____ |

residente in via/piazza |_____ | n. |_____ |

frazione/località |_____ |

comune |_____ | prov. |__|_| C.A.P. |__|_|_|_|_| |

tel./cell |_____ | e-mail (*) |_____ |

recapito (indicare solo se diverso dalla residenza) presso |_____ |

via/piazza |_____ | n. |_____ |

comune |_____ | prov. |__|_| C.A.P. |__|_|_|_|_| |

**CHIEDE la valutazione del possesso dei requisiti curriculari e della personale preparazione
ai fini del rilascio del NULLA OSTA per**

- immatricolazione
 trasferimento da altro Ateneo
 passaggio da altro corso di studio dell'Università degli Studi di Firenze

AL CORSO DI LAUREA MAGISTRALE in |_____ |

CLASSE |_____ | Indirizzo, orientamento o curriculum |_____ |

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole che chi dichiarerà il falso vedrà decadere i benefici ottenuti e incorrerà nelle sanzioni penali previste per le false dichiarazioni dagli artt. 75 e 76, del D.P.R. citato **DI ESSERE IN POSSESSO:**

del titolo accademico ⁽¹⁾ conseguito presso l'Università di

|_____ |

se Università di Firenze indicare numero di matricola |__|_|_|_|_|_|_|_|_|

in |_____ | Classe |_____ |

conseguito in data |_____ | con votazione di |__|_|_|_|_|_|_|_|_| su |__|_|_|_|_|_|_|_|_| Lode SI NO

materia: |_____ |

titolo della tesi: |_____ |

di essere **iscritto/a** presso l'Università degli Studi di

|_____ |

(se Università di Firenze indicare il numero di matricola |__|_|_|_|_|_|_|_|_|) al corso di laurea in

