Università degli Studi Guglielmo Marconi

DOMANDA DI ISCRIZIONE CORSI DI AGGIORNAMENTO PER INSEGNANTI

AL MAGNIFICO RETTORE
DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI "GUGLIELMO MARCONI"

Nome		
Cognome		
Luogo di Nascita		Provincia
Stato	Data di nascita	
Sesso ☐ **M** ☐ **F**	Codice fiscale	
Cittadinanza		
Indirizzo*		
Comune di residenza		Provincia
Cap	Cellulare	Telefono
E-mail		

essendo consapevole del carattere e delle finalità dell'Università degli Studi Guglielmo Marconi, come da Statuto e Regolamento

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO PER L'A.A. 20____/20_____ AD UNO DEI SEGUENTI CORSI
☐ **MASTER I LIVELLO 1500 ORE POST LAUREAM IN**
☐ **MASTER II LIVELLO 1500 ORE POST LAUREAM IN**
INDICARE SOLTANTO PER IL MASTER SE SI VUOLE PARTECIPARE ALL'ATTIVITÀ FACOLTATIVA DI STAGE: ☐ SI ☐ NO
☐ **CORSO DI PERFEZIONAMENTO SETTORE ISTRUZIONE 500 ORE POST LAUREAM IN**
☐ **CORSO DI PERFEZIONAMENTO PROFESSIONE DOCENTE 1500 ORE POST DIPLOMA IN**
☐**CORSO DI PERFEZIONAMENTO PROFESSIONE DOCENTE 500 ORE POST DIPLOMA IN**
☐ **CERTIFICAZIONE INFORMATICA IN (ISCRIZIONE A SINGOLO LIVELLO)**
☐ **CERTIFICAZIONE INFORMATICA IN (ISCRIZIONE A TRE LIVELLI)**

DICHIARA DI ESSERE IN POSSESSO DEL SEGUENTE TITOLO DI STUDIO

1) Laurea in (se laureato compilare soltanto il riquadro sottostante)		
[ ] Laurea di vecchio ordinamento (Quadriennale/Quinquennale)		
[ ] Laurea Specialistica		
[ ] Laurea Magistrale		
[ ] Laurea		
[ ] Laurea Magistrale a ciclo unico		
[ ] Diploma universitario		
Conseguita il	Nell'A.A.	Voto
Presso l'Università		
Facoltà		
2) di aver versato la tassa di iscrizione di cui invia ricevuta originale o equivalente, comprovante l'avvenuto pagamento		
3) di aver preso visione delle disposizioni amministrative per l'anno accademico di iscrizione		
4) di non essere già iscritto ad altro corso di studio universitario o equipollente di durata pari o superiore alle 1500 ore e/o che si concluda con il rilascio di titoli accademici.		

1) Oppure **Diploma in:**		
Conseguito il	Nell'A.A.	Voto
Presso l'Istituto		
2) di aver versato la tassa di iscrizione di cui invia ricevuta originale o equivalente, comprovante l'avvenuto pagamento		
3) di aver preso visione delle disposizioni amministrative per l'anno accademico di iscrizione		
4) di non essere già iscritto ad altro corso universitario di durata pari o superiore alle 1500 ore		

INOLTRE PRENDE ATTO CHE

Le tasse universitarie non sono rimborsabili a norma dell'Art. 27 del R.D. 4/6/1938 n° 1269.
.

Il/La sottoscritto/a è consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che decade dagli eventuali benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000 s.m.i.); dichiara di essere a conoscenza che l'Amministrazione Universitaria procederà ad effettuare idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese (art.71 DPR 445/2000 s.m.i.).

Data _____ **Firma**_____

Dichiarazione sostitutiva della

CERTIFICAZIONE DEL TITOLO DI STUDIO

(Art. 46 - lettera l, m, n - D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La Sottoscritto/a .....

Nato/a ..... il .....

residente a ..... in ..... n°.....

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000.

DICHIARA

di essere in possesso

Titolo di studio .....

conseguito in data ..... presso .....

con il seguente punteggio .....

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 455

Data .....

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)*

*Ai sensi di legge la firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato.