

Riservato alla Segreteria

Prot. _____

Data _____

DOMANDA DI AMMISSIONE

(compilare in ogni parte in stampatello)

Da consegnare a:

Consorzio Universitario Humanitas - Segreteria Master
info@consorziohumanitas.com

MASTER INTERNAZIONALE PSICOTERAPIA COGNITIVA POST - RAZIONALISTA A.A. 2015-2016

Dati personali

Nome _____

Cognome _____

Luogo e data di nascita _____

Codice Fiscale

Residenza

Via _____ N _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____ Cell. _____ E-mail _____

chiede di essere iscritto per l'A. A. 2015-2016

al Master Internazionale in Psicoterapia Cognitiva Post - Razionalista

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite penalmente ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e successive modifiche e che il Consorzio Universitario Humanitas effettuerà controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni rese, ai sensi degli art. 71, 75 e 76 dello stesso D.P.R.

Dichiara:

Titoli di Studio

Anno accademico di prima immatricolazione al sistema universitario _____ Ateneo di
prima immatricolazione _____

Laurea di primo livello in _____

A.A. ___/___ Voto ___/___ Classe di laurea _____

Conseguita presso _____ in data _____

Durata legale Corso di Laurea in anni _____

Laurea di secondo livello in _____

A.A. ___/___ Voto ___/___ Classe di laurea _____

Conseguita presso _____ in data _____

Durata legale Corso di Laurea in anni _____

Attuale occupazione _____

Allegare alla presente:

- Curriculum vitae et studiorum
- Autocertificazione del titolo universitario conseguito debitamente sottoscritta oppure del relativo certificato con l'indicazione del voto di laurea. I titoli stranieri devono essere corredati di traduzione ufficiale in lingua italiana e muniti di legalizzazione e di dichiarazione di valore in loco a cura della Rappresentanza italiana competente per territorio nel paese al cui ordinamento appartiene l'istituzione che ha rilasciato il titolo. L'iscrizione resta subordinata alla valutazione della idoneità del titolo da parte degli organi accademici.
- Copia di un documento valido di riconoscimento e del codice fiscale

Si esprime il consenso al trattamento dei dati personali nel rispetto del D.L. 196/03 e successive modifiche

Data _____

Firma _____