

*Riservato alla
Segreteria*

Prot. _____

Data _____

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CORSO

(compilare in ogni parte in stampatello)

CORSO DI ALTA FORMAZIONE **MEDICINA CANONISTICA**

La perizia psichiatrica, psicologica e sessuologica nel
Diritto Canonico Matrimoniale
ROMA - GENNAIO - FEBBRAIO 2017

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 al Corso in Medicina Canonistica

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

Laurea in _____ A.A. ____/____ Voto ____/____

Conseguita presso _____

Anno Accademico Immatricolazione presso l'Ateneo _____

Durata legale Corso di Laurea in anni (specificare soprattutto se N.O.) _____

Diploma in _____ A.A. ____/____ Voto ____/____

Conseguito presso _____

Attuale occupazione _____

Allegare alla presente:

- Autocertificazione del titolo universitario conseguito debitamente sottoscritta oppure del relativo certificato con l'indicazione del voto di laurea, oppure certificato di iscrizione (per laureandi).
- 1 Foto formato tessera
- Curriculum
- Copia di un documento valido di riconoscimento e del codice fiscale
- Copia della ricevuta del pagamento della quota di iscrizione (**rimborsabile esclusivamente in caso di mancata attivazione/non ammissione al corso**)

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

Data _____

Firma _____