

DOMANDA DI IMMATRICOLAZIONE CORSI SINGOLI DI INSEGNAMENTO MASTER

Al Rettore dell'Università degli Studi di Milano – Bicocca

Il/la sottoscritto/a:

Cognome

Data di nascita

/ /

Nome

Sesso

☐ M ☐ F

Comune di Nascita

Provincia

Nazione

Cittadinanza

Codice Fiscale

Recapito Telefonico

Telefono cellulare

Indirizzo e-mail

Residente in

Comune

Prov.

C.A.P.

Indirizzo

N° Civico

Frazione

Domiciliato/a (solo se diverso dalla residenza)

Comune

Prov.

C.A.P.

Indirizzo

N° Civico

Frazione

Presso

chiede

di essere iscritto/a per l'a.a. / presso questa Università ai seguenti corsi singoli di insegnamento del

☐ Master Universitario di I livello

☐ Master Universitario di II livello

in

NOME INSEGNAMENTO

N° CFU

N.B. E' consentita l'iscrizione ai corsi singoli di insegnamento per un **massimo di 30 CFU**

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI
(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

A tale scopo, 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:**

▪ **di essere in possesso del seguente titolo di studio:**

- ☐ Laurea conseguita secondo l'ordinamento previgente al D.M. 509/99 in
☐ Laurea Specialistica/Magistrale in afferente alla classe n
☐ Laurea triennale in afferente alla classe n
☐ Diploma universitario in
☐ Diploma Accademico AFAM (Alta Formazione Artistica e Musicale) (*) di I livello in
☐ Diploma Accademico AFAM (Alta Formazione Artistica e Musicale) (*) di II livello in
☐ Diploma in Educazione Fisica (ISEF) (*)
☐ Diploma Professionale delle Professioni Sanitarie non mediche (*)
☐ altro tipo di Diploma (*)

conseguito in data con votazione di /
presso
città/nazione

☐ Diploma di abilitazione all'esercizio della Professione di
conseguito nell'anno sessione presso città

(*) Solo per coloro che sono in possesso di uno dei suddetti Diplomi e solo se previsto dal bando di concorso occorre indicare:

▪ **di essere in possesso del seguente Diploma di Scuola media superiore:**

.....
della durata di anni conseguito in data con votazione
presso
città/nazione

▪ **di essere in possesso dell'anno integrativo di Scuola media superiore (solo per i possessori di Diploma di Scuola media superiore quadriennale)**

conseguito in data
presso
città/nazione

Solo per i possessori del titolo di studio conseguito all'estero

▪ **di essere in possesso del seguente titolo di studio:**

- ☐ Bachelor's Degree in
☐ Master's Degree in
☐ altro (*specificare la denominazione*)

conseguito in data con votazione di / della durata di anni
presso città/nazione

☐ per il quale fa richiesta di equipollenza, ai soli fini dell'ammissione al Corso

☐ già dichiarato equipollente al Diploma di Laurea italiano con Decreto Rettorale dell'Università di
..... di cui si allega copia

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre:

- di essere consapevole che è consentita la contemporanea iscrizione a più di un corso di studio nello stesso anno accademico, ai sensi della Legge 12 aprile 2022 n.33 e successivi Decreti Ministeriali.

☐ di non essere iscritto ad altro Corso di studio né presso questa sede né presso altra sede universitaria

☐ di essere iscritto al seguente Corso di studio:

☐ Laurea conseguita secondo l'ordinamento previgente al D.M. 509/99 in

☐ Laurea Specialistica/Magistrale in

☐ Laurea triennale in

presso l'Università

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

☐ che sospenderà per tutta la durata del Corso (*)

☐ per il quale ha presentato domanda di rinuncia (*in tal caso allegare copia della ricevuta o certificato di rinuncia*)

☐ per il quale presenterà domanda di rinuncia (*)

N.B. Nel caso di contemporanea iscrizione a 2 diversi corsi di studio, la domanda di immatricolazione viene accolta con riserva in attesa che venga verificata l'ammissibilità della contemporanea frequenza ai due corsi e solo dopo che, in caso negativo, sarà pervenuta a questo Ufficio copia della ricevuta o del certificato di sospensione/rinuncia al 2^a corso.

Altre dichiarazioni

.....

.....

.....

.....

.....

• di essere consapevole che la domanda di immatricolazione si intende regolarizzata solo dopo la trasmissione della ricevuta attestante il versamento all'indirizzo e-mail carriere.academy@unimib.it che dovrà avvenire tassativamente entro il giorno prima dell'avvio del Master

Milano,

.....
(firma)

La modulistica incompleta non verrà accettata

Nota: dati saranno trattati ai sensi del Decreto Legislativo n.196 del 2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e sue successive modifiche e integrazioni, nonché del Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei dati o, più brevemente, GDPR). E' possibile prendere visione dell'informativa al seguente link: <https://www.unimib.it/informativa-studenti>