



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

MARCA DA
BOLLO
LEGGE
VIGENTE



DOMANDA DI ISCRIZIONE A CORSI DI MASTER

Registration form – Master Course

**AL MAGNIFICO RETTORE DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI
DEL PIEMONTE ORIENTALE "AMEDEO AVOGADRO"**

To the Rector of the Università del Piemonte Orientale "Amedeo Avogadro"

Matricola _____ (riservato all'ufficio)
Student registration number (filled by the office)

Codice fiscale _____ (solo per studenti italiani/only for Italian students)

Il/La sottoscritto/a
(Cognome/Family name) (Nome/Name)

nato/a Prov.
born in District

Stato Data di nascita/...../.....
Place of birth Date of birth

Cittadinanza
Citizenship

Residente in Via/Corso/Piazza
Permanent Address: Street/Square

Tel. C.A.P. Città Prov. Stato
Tel. Postal Code City District State

In possesso di: Diploma di laurea V.O. Laurea Laurea specialistica/Magistrale
Graduation: Degree Master

CHIEDE/ ASKS

Di essere iscritto/al Master **EUROPEAN MASTERS IN DRUG AND ALCOHOL STUDIES** di I livello del Dipartimento di
Medicina Traslazionale per l'anno accademico/.....

Allega la documentazione prescritta e l'informativa sulla privacy debitamente sottoscritta.

Dichiara di non essere contemporaneamente iscritto ad un Corso di Laurea ovvero dichiara di aver ottenuto la
sospensione dal Corso di Laurea in

del Dipartimento di

Presso l'Università di

in forza del seguente provvedimento amministrativo emesso ai soli fini della frequenza al master:

natura del provvedimento.....
numerodel/...../.....

*To be registered to the **EUROPEAN MASTERS IN DRUG AND ALCOHOL STUDIES** of I first level of the Department of Translational Medicine for the academic year/.....*

I am attaching the required documents as well as signed privacy protection.

I declare not to be registered in any other Degree or Master course or to have obtained the suspension of the course in.....

of the Department of

University of

under the following administrative act:

issued on/...../.....



(solo per studenti italiani/only for Italian students)
**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ**
(Ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a
nato/a a Prov.
il / / residente in Via/Corso/Piazza
..... C.A.P. Città Prov.
a conoscenza delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso degli atti falsi, ai
sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

Di avere conseguito il/i seguenti titoli accademici
presso l'Università di
nell'anno accademico / con la seguente votazione
classe delle Lauree.....

Luogo..... Data Firma

Per comunicazioni telefoniche urgenti e/o a mezzo posta l'indirizzo di recapito durante l'anno accademico è (indicare solo se diverso dalla residenza):

Via Città
C.A.P. Prov. Tel.

MARCA DA
BOLLO
LEGGE
VIGENTE

Timbro e firma del Funzionario
.....