TRASF\_MEDICINA19

**DOMANDA DI VALUTAZIONE AI FINI DELL’AMMISSIONE AD ANNI SUCCESSIVI AL PRIMO DEL CORSO DI LAUREA MAGISTRALE A CICLO UNICO IN MEDICINA E CHIRURGIA, PRESSO L’UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI VERONA - ANNO ACCADEMICO 2019/2020 (TRASF\_MEDICINA19)**

## Da presentare entro il 31 luglio 2019

# Al Magnifico Rettore

# Università degli Studi di Verona

Il/La sottoscritto/a...……………………………………………………………………………………………………

nato/a a …………………………………………………………. (Prov. di ...................) il ..................................

residente a …………………………………………………………………………………….. (Prov. di …...........)

Via …………………………………………………………………………………… n° ............ C.A.P. ..…………

Nazione………………………………………………………………………………………………………………….

## Cellulare .........................………….. codice fiscale …………………………………………………………………

e-mail …………………………………………………………………………………………………………………….

## Iscritto al seguente corso di studio:…………………………………………………………………………………….

Presso l’Università di…………………………………………………………………………………………………….

## Anno Accademico di immatricolazione al corso di provenienza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## e attualmente iscritto al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ anno di corso (in corso fuori corso, se fuori corso specificare n° anni come studente fuori corso/ripetente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e/o

in possesso del titolo di laurea/laurea specialistica/magistrale/ciclo unico in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

conseguito presso l’Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nell’anno accademico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

laureato  in corso  fuori corso

## CHIEDE

La valutazione ai fini dell’ammissione ad anni successivi al primo del corso di laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

(Resa ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 – Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – G.U. n. 42 del 20/02/2001)

Il/La sottoscritto/a……..……………………………………………………………...……….…………..,

nato/a a………………………………….…….……………… Prov. (…………), il ……/……./…………

consapevole delle responsabilità penali previste in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci (art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445):

**D I C H I A R A**

**di avere superato e di avere certificati in carriera i seguenti esami alla data di presentazione della domanda:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Esame** | **Data** | **Anno di corso** | **Voto** | **Crediti** | **Note** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

L’Università di Verona è titolare del trattamento dei dati personali dei partecipanti alle selezioni, ai sensi del Regolamento UE 2016/679; un’informativa di dettaglio su finalità del trattamento, destinatari dei dati e esercizio dei diritti dell’interessato è disponibile sul sito istituzionale dell’Ateneo: [www.univr.it/it/privacy](http://www.univr.it/it/privacy)

In fede\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_