



UNIVERSITÀ
di CAMERINO

DOMANDA DI PREISCRIZIONE MASTER

Al Magnifico Rettore
dell'Università degli Studi di
Camerino
Piazza Cavour n. 19/F
62032 CAMERINO (MC)

A mezzo il Direttore del Master Prof Amenta (francesco.amenta@unicam.it)

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____
nato/a il _____, a _____ (prov. _____);
cittadinanza _____
residente in (via/piazza) _____, n. _____
comune _____ (prov. _____); C.A.P. _____
tel. _____, cellulare _____,
e-mail _____, Cod. fisc. _____

CHIEDE

di essere ammesso/a per, l'anni accademici 2019/2020 e 2020/2021, al 1° anno del **MASTER UNIVERSITARIO INTERNAZIONALE BIENNALE DI II LIVELLO IN MEDICINA E TERAPIA ESTETICA DEL VISO 5[^] edizione**

Al tal fine valendosi delle disposizioni di cui all'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 455 e consapevole che chi dichiarerà il falso vedrà decadere i benefici ottenuti e incorrerà nelle sanzioni penali previste per false dichiarazioni dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. citato

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- di essere a conoscenza delle norme e dei termini previsti dal bando e di accettarne, senza riserva, tutte le condizioni;
- di essere a conoscenza che nel caso sia accertata la non veridicità di quanto dichiarato, fermo restando le responsabilità penali in caso di dichiarazioni false, comporterà l'automatica esclusione dal corso;
- di essere in possesso del seguente titolo di studio: Diploma di Laurea in _____ conseguito il _____, con il voto di _____
- presso l'Università di _____ ;

- di essere in possesso dell'abilitazione per l'esercizio della professione di _____;
- di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di _____;
- di avere frequentato e superato l'esame del Master in _____ in data _____ con la votazione di _____

Allega alla domanda

- Curriculum vitae in formato europeo;
- Eventuali titoli ed attestati utili ai fini della selezione;
- Copia del certificato di conseguimento del Diploma in Medicina Estetica di cui sopra, con programma del Corso e numero di ore delle diverse attività realizzate nel caso non sia un Master dell'Università di Camerino.
- Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

SI IMPEGNA

ad accettare tutti gli obblighi previsti nel bando, ad esonerare l'Università degli Studi di Camerino da qualsiasi responsabilità conseguente ad eventuali danni arrecati a persone e a beni pubblici o privati e di sollevare l'Università degli Studi di Camerino da ogni azione o molestia.

Ad accettare la valutazione che il Comitato Scientifico del Master farà della corrispondenza in CFU, ai fini dell'abbreviazione di corso, del pregresso curriculum in Medicina Estetica ed a sostenere la prova di ammissione intesa a valutare le conoscenze acquisite.

INFORMATIVA AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO 30/06/2003 N. 196 E E DEL REGOLAMENTO 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO, DEL 27 APRILE 2016, NOTO COME *GENERAL DATA PROTECTION REGULATION (GDPR)*,
I dati personali saranno raccolti e trattati, nel rispetto delle norme di legge, per finalità connesse allo svolgimento delle attività istituzionali, in particolare per tutti gli adempimenti connessi alla piena attuazione del rapporto didattico ed amministrativo con l'Università.

Data _____

Firma _____

Si prega di inviarne copia anche alla Segreteria del Master a mezzo posta elettronica, all'indirizzo: medicina.estetica@unicam.it
Un servizio di supporto per la compilazione delle domande è disponibile per e-mail all'indirizzo medicina.estetica@unicam.it o per telefono previo appuntamento per e-mail.