

(ALL.A)

AI MAGNIFICO RETTORE

UniCamillus University

Via di Sant'Alessandro, 8

00131 ROMA

Il/La \_\_\_\_\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_  
(Nome) \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ PROV. (\_\_\_\_) con Cittadinanza: \_\_\_\_\_ e  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP  
\_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ cell.: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_ (PEC \_\_\_\_\_)  
chiede di essere ammesso a partecipare alla selezione per l'ammissione al Master  
\_\_\_\_\_ attivato  
da UNICAMILLUS per l'A.A. \_\_\_\_\_.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti per effetto del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 e 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445), presa visione dell'Avviso di selezione ed accettate tutte le condizioni e prescrizioni in esso previste, dichiara sotto la propria responsabilità di essere in possesso dei seguenti titoli:

- Lauree in Odontoiatria e Protesi Dentaria e Specialistiche
- Lauree in Medicina e Chirurgia e Specialistiche
- Laurea in Biologia
- Laurea in Archeologia
- Laurea in Paleontologia
- Scienze Criminologiche
- Titolo di studio equipollente a quelli sopra elencati conseguito secondo il precedente ordinamento universitario \_\_\_\_\_
- Titolo accademico conseguito all'estero equiparabile per durata e contenuto a quelli sopra elencati (produrre Dichiarazione Percorso di Studi all'Estero)

Dichiara di aver conseguito il titolo di cui sopra nell'anno accademico \_\_\_\_\_ presso l'Università \_\_\_\_\_ con votazione \_\_\_\_\_ oppure dichiara che lo conseguirà il \_\_\_\_\_ (entro la data di termine dell'iscrizione al Master).

Dichiara di possedere il titolo \_\_\_\_\_ diverso da i titoli sopra indicati ma attinente al percorso formativo del Master (produrre copia del titolo per la valutazione da parte dell'Ateneo).

Per i laureati in Odontoiatria:

- esame di abilitazione all'esercizio professionale di Odontoiatria presso il proprio paese di appartenenza.

Per i laureati in Medicina e Chirurgia:

- abilitazione all'esercizio della professione di Odontoiatria presso il proprio paese di appartenenza
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_