

(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 Corso  
\_\_\_\_\_ 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 di:

- Un titolo di studio di scuola secondaria superiore (diploma)
- un titolo di formazione professionale in ambito sanitario

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_