CORSO INTEGRATIVO (eventuale)

Anno scolastico ___ / ___

Istituto

Via

n. Comune

C.A.P. Prov.

LINGUE (ove previsto)

Lingua principale

COD.

Lingua secondaria

COD.

TITOLO ACCADEMICO

Laureato in

Data

presso l'Ateneo

con matricola

Consegnato certificato di Laurea (SI/NO)

PROVENIENTI DA ACCADEMIE MILITARI

Scuola/Accademia

Consegnata attestazione (si/no)

già iscritto precedentemente presso l'Università di

per l'anno accademico

al (indicare l'ultima iscrizione)

Il/La sottoscritto/a, al fine sopra specificato, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, nonché della decadenza del beneficio eventualmente conseguito per effetto della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

1) di essere in possesso del titolo di studio di .....

conseguito nell'anno scolastico ..... con la votazione di ..... presso l'Istituto.....

..... via ..... n° .....

comune ..... c.a.p. .....

2) di non trovarsi in una situazione tale da determinare, con l'iscrizione stessa, la violazione del divieto espresso nell'art. 30 comma 5 del Regolamento Didattico di Ateneo approvato con Decreto Rettorale n. 3276 del 15/10/2001.

3) di essere a conoscenza che il predetto articolo vieta l'iscrizione contemporanea a diverse Università e a diversi Istituti di istruzione superiore, a diverse Facoltà o Scuole della stessa Università o dello stesso Istituto e a diversi Corsi di laurea o di Diploma della stessa Facoltà o Scuola.

Napoli, ... Firma[1] .....

Timbro e firma del Funzionario accettante .....

[1] La sottoscrizione della suddetta dichiarazione resa da parte dell'interessato in presenza del Funzionario accettante non necessita di autentica (Art. 38 D.P.R. 445/2000), ma ad essa segue timbro e firma del funzionario accettante.
La sottoscrizione può essere apposta non in presenza del Funzionario accettante con la presentazione di fotocopia di valido documento di riconoscimento.

Informativa ai sensi dell'art.13 del Regolamento (UE) 679/2016 recante norme sul trattamento dei dati personali.
I dati raccolti con il presente modulo sono trattati ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e comunque, nell'ambito delle attività istituzionali dell'Università degli Studi di Napoli Federico II. All'interessato competono i diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento UE.
Titolare del trattamento è l'Università, nelle persone del Rettore e del Direttore Generale, in relazione alle specifiche competenze. Per contattare il Titolare potrà inviarsi una email al seguente indirizzo: ateneo@pec.unina.it; oppure al Responsabile della Protezione dei Dati: rpd@unina.it; PEC: rpd@pec.unina.it.
Le informazioni complete relative al trattamento dei dati personali raccolti, sono riportate sul sito dell'Ateneo: http://www.unina.it/ateneo/statuto-e-normativa/privacy.

* Foto e Firma di .....

nato/a a ..... (prov. .....) il .....

* da compilarsi a cura dello studente

Applicare fotografia firmata

Allegare fotocopia fronte/retro del documento di identità

DOCUMENTO ORIGINALE ESIBITO IN VISIONE

Estremi del documento* .....

Napoli, ... L'impiegato addetto .....

* da compilarsi a cura dello studente

Mod. SG22

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI FEDERICO II

IMMATRICOLAZIONE LAUREATI

MATR. ASSEGNATA

Il/la sottoscritto/a laureato/a in_____ in data _____
presso l'Ateneo di_____

CHIEDE

di essere immatricolato/a per l'a.a. _____ al _____ anno del corso di Laurea in _____ con la dispensa degli esami superati per il conseguimento della predetta laurea ed in comune al nuovo Corso di Laurea

PRIMA DI COMPILARE IL MODULO LEGGERE ATTENTAMENTE LE ISTRUZIONI DI COMPILAZIONE

Cognome

Nome

Nato/a il

a

Provincia Nazione Cittadinanza Sesso (M/F)

Cod. Fiscale (se noto)

eventuale disabilità tipo Percentuale di invalidità %

RESIDENZA

Via

n. Comune

C.A.P. Prov. Naz.

TELEFONO

RECAPITO PER EVENTUALI COMUNICAZIONI (se diverso dalla residenza)

Via

n. Comune

C.A.P. Prov. Naz.

TITOLO DI STUDI MEDI SUPERIORI

Titolo ..... (vedi tabella codici - MSG01)

Tipo documento ..... (vedi tabella codici - MSG01)

Anno scolastico di conseguimento ..... / Votazione /

Istituto che lo ha rilasciato

Via

n. Comune

C.A.P. Prov.