

Domanda di Ammissione per singoli moduli
Master di Secondo Livello in Medicina e Chirurgia Estetica

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ CAP _____ Prov. _____
via _____
Tel _____ cellulare _____
fax _____ e-mail _____
recapito per comunicazioni (da compilarsi solo se diverso dalla residenza):
città _____ CAP _____ Prov. _____
via _____
Tel _____ cellulare _____

CHIEDE

di partecipare alla selezione per essere ammesso/a al modulo _____
nell'ambito del Master di Secondo Livello in Medicina e Chirurgia Estetica. A tal fine dichiara sotto
la propria responsabilità:

di possedere i seguenti titoli di studio:

- Diploma di _____
conseguito in data _____ con votazione _____
- Laurea in _____
conseguita presso _____ in data _____ con votazione _____
titolo della tesi di laurea _____
- Specializzazione in _____
conseguita presso _____ in data _____ con votazione _____
titolo della tesi di specializzazione _____
- Altri titoli di studio (specificare): _____

- Borse di studio, stage, corsi di perfezionamento: _____

di avere avuto le seguenti esperienze di lavoro : _____

di essere attualmente occupato/a presso : _____

in qualità di _____

di impegnarsi a frequentare il Master secondo le modalità fissate;

di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni eventuale cambiamento della propria residenza o
recapito.

Allega alla presente domanda i seguenti documenti:

- Certificato di laurea
- Certificato di abilitazione
- Certificato di specializzazione (facoltativo)
- Certificazione di ulteriori titoli ritenuti pertinenti
- Curriculum vitae et studiorum
- Fotocopia della carta d'identità (fronte e retro)
- Fototessera autenticata

Data _____

Firma _____