



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI BRESCIA

**Al Magnifico Rettore
Università degli Studi di Brescia**

The undersigned (SURNAME AND NAME) _____

Date of birth - _____ Place of birth _____

Country _____

resident in (address) City/Town _____ Country

Address _____ Number _____ Postcode _____

Temporary Address (address, if different from the residence address) City/Town

Country _____ Address _____ Number _____ Postcode

Phone _____ Mobile phone _____ e-mail

DICHIARA sotto la sua responsabilità:

Declares under his/her own responsibility

☐ di essere in possesso del seguente titolo accademico straniero:

presso l'Università di _____

Stato _____

in data _____ con voto _____/_____

He/she holds a University degree in _____ awarded by the University
of _____ Country _____ on (date) _____
with a grade of _____ in scale of _____



SI IMPEGNA

A CHIEDERE al Consolato/Ambasciata d'Italia a _____

- ☐ legalizzazione del Diploma originale di laurea (Master Degree), già ufficialmente tradotto in italiano;
- ☐ la Dichiarazione di valore “in loco” da cui dovrà risultare che il titolo di studio posseduto (Master Degree) è valido nel Paese di conseguimento per l'iscrizione ad un corso accademico analogo al Dottorato di ricerca

COMMITTS him/herself

to request the Italian Embassy or to the Italian Consulate of the Country where the Master Degree has been awarded

- ☐ the legalization of his/her own Master Degree (the document must be already officially translated into Italian)
- ☐ the Declaration of its Value (Dichiarazione di Valore in loco).

Il/la sottoscritto/a si impegna a trasmettere all'UOC Dottorati dell'Università degli Studi di Brescia – Via Sa Faustino 74/b – Brescia - gli originali di detti documenti appena possibile ed in ogni caso **non oltre il 30/01/2023**, pena esclusione dal corso di dottorato.

He/she commits him/herself to deliver to U.O.C. Dottorati of the University of Brescia – Via San Faustino 74/b – Brescia – the original documents mentioned above as soon as possible, and in any case not later than **30/01/2023**.

He/She is aware that if he/she fails to do so, he/she will be excluded from the Ph.D. Programme and risks to lose the benefits obtained.

Data / Luogo /
Date/ Place.....

.....
(firma / signature)