SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE DI AREA ODONTOIATRICA IN

…………………………………………………………...

 **Al Magnifico Rettore**

 **Università degli Studi di Brescia**

\_\_\_sottoscritt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale

nat\_\_\_\_a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cittadinanza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nazionalità\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapito: via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Località\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov.\_\_\_\_\_\_\_C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

(indicare l’indirizzo a cui si vuole siano inviate tutte le comunicazioni. In caso di variazioni il candidato è tenuto a comunicarle tempestivamente, in caso contrario l’Università declina ogni responsabilità per il mancato recapito di eventuali avvisi).

Tel./Cell.: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(indicare uno o più recapiti telefonici ove sia possibile reperire qualcuno o lasciare un messaggio nelle ore d’ufficio).

# C H I E D E

di sostenere l’esame di ammissione alla **Scuola di Specializzazione di area odontoiatrica in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**per l’anno accademico 2023/24**

\_l\_ sottoscritt\_ , a conoscenza delle sanzioni previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali nelle quali potrebbe incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, che costituiscono reato e comportano la perdita del beneficio ottenuto.

# D I C H I A R A

**a) ai sensi e per gli effetti dell’art. 46 del T.U. n. 445 del 28 dicembre 2000**

* Di aver conseguito la laurea in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_/\_\_\_\_, il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso l’Università degli Studi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_ Località\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.\_\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_\_ con media curriculare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Di essere iscritto all’Albo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Di essere in possesso del diploma di abilitazione all’esercizio della professione di

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **SI**  **NO**

* conseguito presso l’Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nella \_\_\_\_\_\_ sessione dell’anno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
* Ai fini della determinazione del punteggio dei titoli valutabili per l’ammissione alla Scuola di Specializzazione di area odontoiatrica in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(come indicato nel Bando di ammissione).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DENOMINAZIONE ESAME** | **VOTO** | **DENOMINAZIONE ESAME** | **VOTO** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

# DICHIARA INOLTRE

**b) ai sensi e per gli effetti dell’art. 47 del T.U. n. 445 del 28 dicembre 2000**

* che le copie di:

Tesi di laurea

N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_Pubblicazioni scientifiche

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

allegate alla presente domanda (registrazione studente online) sono conformi all’originale.

\_l\_ sottoscritt\_ dichiara infine:

* di essere a conoscenza di tutte le norme contenute nel Bando di ammissione al primo anno delle Scuole di Specializzazione di area odontoiatrica in Ortognatodonzia, Odontoiatria Pediatrica, Chirurgia Orale – AA 2023/24;
* di essere a conoscenza che la presentazione della presente domanda, qualora acquisisca il diritto all’iscrizione, non lo esonera dalla formalizzazione della domanda di immatricolazione nei termini prescritti.

\_l\_ sottoscritt\_ allega (solo per gli studenti extracomunitari)

Fotocopia del permesso di soggiorno in carta libera – previa esibizione dell’originale.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FIRMA DEL CANDIDATO[[1]](#footnote-1) \*

1. Alla domanda DEBITAMENTE SOTTOSCRITTA deve essere allegata fotocopia fronte e retro di un idoneo documento di identità. Il/la sottoscritto/a è consapevole che, ai sensi del Regolamento UE 27.04.2016 n. 679 (General Data Protection Regulation), l’Università degli Studi di Brescia procederà al trattamento dei propri dati personali ai fini esclusivamente istituzionali. [↑](#footnote-ref-1)