LA COMPILAZIONE INCOMPLETA E/O LA MANCATA SOTTOSCRIZIONE COMPORTA L'ESCLUSIONE DAL CONCORSO.

Mod. 1

Al Magnifico Rettore
dell'Università di Pisa

cognome e nome		
Codice fiscale		
Luogo e data di nascita		
Residenza *(via/piazza, n. civico, CAP, comune)*		
Telefono, cellulare		
e- mail		

CHIEDE

di partecipare al concorso per l'ammissione alle misure compensative per il riconoscimento dell'equivalenza ai diplomi universitari dell'area sanitaria dei titoli del pregresso ordinamento per il corso di Laurea in Fisioterapia (L/SNT2), ai sensi del D.P.C.M. del 26 luglio 2011 emanato in attuazione dell'art. 4, comma 2, delle legge n. 42 del 26 febbraio 1999 per l'anno accademico 2016/2017

Consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci ai sensi dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, dichiara:

di essere cittadino/a _____ *****

*****In caso di cittadino/a extracomunitario:
☐ dichiara di essere in possesso dei documenti comprovanti il regolare soggiorno in Italia.

Autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/2003.

ALLEGA

- copia del provvedimento del Ministero della Salute riportante il punteggio attribuito per il riconoscimento del titolo e contenente la dichiarazione che la copia dell'atto è conforme all'originale ai sensi del D.P.R. n. 445/2000;
- attestazione di pagamento della tassa concorsuale di € 40,00 effettuato su c/c postale n. 150565, intestato a Università di Pisa, causale MISURECOMPENSATIVE 2016;
- Copia fotostatica di un documento di identità valido;

Luogo e data _____ _____

(firma)