



**UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI DI BARI  
ALDO MORO**

**DOMANDA DI IMMATRICOLAZIONE PER L'ANNO ACCADEMICO 2014/2015**

(con dichiarazioni sostitutive rese ai sensi del d.p.r. 445/2000)

**CORSO DI LAUREA MAGISTRALE A CICLO UNICO IN:**

- MEDICINA E CHIRURGIA**                       **MEDICINA E CHIRURGIA IN LINGUA INGLESE**  
 **ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA**                       **MEDICINA VETERINARIA**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

SESSO:  **M**     **F**                      CODICE FISCALE 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CITTADINANZA:  Italiana                       Altra \_\_\_\_\_

**NASCITA**                      DATA DI NASCITA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_                      NAZIONE DI NASCITA:  Italia     Altra \_\_\_\_\_  
 PROVINCIA \_\_\_\_\_                      COMUNE \_\_\_\_\_

**RESIDENZA**                      INDIRIZZO \_\_\_\_\_                      TELEFONO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*(Indicare anche eventuale frazione)*  
 TELEFONIA MOBILE \_\_\_\_\_                      E-MAIL \_\_\_\_\_  
 PROVINCIA \_\_\_\_\_                      COMUNE \_\_\_\_\_                      C.A.P. \_\_\_\_\_

**RECAPITO**                       Uguale a residenza     Diverso da residenza    ➔    PRESSO \_\_\_\_\_  
 INDIRIZZO \_\_\_\_\_                      TELEFONO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*(Indicare anche eventuale frazione)*  
 PROVINCIA \_\_\_\_\_                      COMUNE \_\_\_\_\_                      C.A.P. \_\_\_\_\_

**TITOLO DI SCUOLA MEDIA SUPERIORE**

TITOLO DI STUDIO \_\_\_\_\_                      CONSEGUITO A \_\_\_\_\_  
Provincia                      Comune  
 NOME ISTITUTO \_\_\_\_\_                      ANNO 

--	--	--	--

                      VOTAZIONE \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**EVENTUALE IDONEITA' CORSO INTEGRATIVO**

CONSEGUITO A: \_\_\_\_\_  
Provincia                      Comune  
 NOME ISTITUTO \_\_\_\_\_                      ANNO 

--	--	--	--

**EVENTUALE TITOLO ACCADEMICO (LAUREA/DIPLOMA UNIVERSITARIO)**  
 Compilare solo se si possiede un titolo accademico

TITOLO DI STUDIO \_\_\_\_\_                      CONSEGUITO A \_\_\_\_\_  
Provincia                      Comune

NOME UNIVERSITÀ / ISTITUTO \_\_\_\_\_  
 ANNO 

--	--	--	--

                      VOTAZIONE \_\_\_\_ / \_\_\_\_                      MATRICOLA 

--	--	--	--	--	--	--	--

**DATA RELATIVA ALLA PRIMA ENTRATA DELLO  
STUDENTE NEL MONDO UNIVERSITARIO ITALIANO:** Data I immatricolazione \_\_\_\_\_ Anno accademico \_\_\_\_\_

**CORSO DI LAUREA**

**CORSO DI LAUREA MAGISTRALE A CICLO UNICO IN:**

- MEDICINA E CHIRURGIA**                       **MEDICINA E CHIRURGIA IN LINGUA INGLESE**  
 **ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA**                       **MEDICINA VETERINARIA**

COMPILARE ANCHE AUTOCERTIFICAZIONE ALLEGATA