

**MODULO RICHIESTA IMMATRICOLAZIONE AI CORSI DI
LAUREA NELLE PROFESSIONI SANITARIE A.A. 2015/2016
(Ai sensi della Delibera del S.A. del 29/06/2015)**

Al Magnifico Rettore

Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"

Il /La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ e residente a
_____ in via/p.zza
_____ tel. _____

Cell. _____ E-mail _____

visti i posti disponibili, a seguito dell'avviso pubblicato in data 25/11/2015

chiede di potersi immatricolare al corso di studi in:

per l'a.a. 2015/2016.

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità ai sensi del D.P.R. 445/2000,

di **AVER PRESENTATO** regolare domanda di partecipazione alla selezione per il medesimo corso di laurea(*) POS. GRADUATORIA N. _____ ;

di **NON AVER PRESENTATO** regolare domanda di partecipazione alla selezione per il medesimo corso di laurea;

di essere in possesso del Diploma di Maturità _____
_____ conseguito
nell'anno scolastico _____ con la votazione di _____ presso
l'istituto _____ con sede a

Bari, _____

Firma dello studente

Allegare copia carta di identità.

(*)Gli studenti che hanno presentato regolare domanda di partecipazione al concorso per l'accesso ai corsi di laurea/laurea magistrale di Area Scientifica e Sanitaria per l'a.a. 2015/2016, devono allegare copia del bollettino di versamento "MAV" di € 50.00 pagato entro il 19 agosto 2015.