

**MODULO RICHIESTA IMMATRICOLAZIONE AI CORSI DI
LAUREA NELLE PROFESSIONI SANITARIE A.A. 2019/20
(Ai sensi della Delibera del S.A. del 03/06/2019)**

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 12/12/2019

**chiede di potersi immatricolare al corso di studi in
(indicare l'ordine di preferenza):**

- ASSISTENZA SANITARIA
- DIETISTICA
- EDUCATORE PROFESSIONALE
- FISIOTERAPIA SEDE TARANTO
- INFERMIERISTICA SEDE BRINDISI
- INFERMIERISTICA SEDE LECCE
- INFERMIERISTICA SEDE MARINA MILITARE
- TECNICHE DELLA PREVENZIONE NEGLI AMBIENTI SEDE TARANTO
- TECNICHE ORTOPEDICHE

per l'A.A. 2019/20.

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 **AVER PRESENTATO** regolare domanda di partecipazione alla selezione per il medesimo corso di laurea(*) assente alle prove;

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 nelle professioni sanitarie l'A.A. 2019/20, devono allegare copia del bollettino di versamento "MAV" di € 50.00 pagato entro il 09/08/2019