

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CORSO DI DOTTORATO DI RICERCA ANNO ACCADEMICO
2023/2024/APPLICATION FOR ENROLLMENT IN THE RESEARCH DOCTORATE COURSE
ACADEMIC YEAR 2023/2024

AL MAGNIFICO RETTORE DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BARI ALDO MORO/ TO THE
MAGNIFICENT RECTOR OF THE UNIVERSITY OF BARI ALDO MORO

Il/La sottoscritto/The undersigned _____

CHIEDE/ASKS

di essere iscritto/a per l'anno accademico 2023/2024 al.....(secondo/terzo) anno del corso di
Dottorato in/TO BE ENROLLED for the academic year 2023/2024 in the PhD course in:

Ciclo/Cycle _____(durata legale 3 anni accademici/legal duration 3 academic years)

di essere ammesso/a a frequentare le attività di dottorato secondo le modalità fissate dal Collegio dei
docenti e ai sensi del Regolamento in materia di dottorato di ricerca emanato con D.R. n. 1867 del
17.05.2022 e della normativa vigente in materia e secondo le disposizioni di cui al disciplinare relativo
all'Avviso, in qualità di/TO BE ADMITTED to attend doctoral activities according to the procedures
established by the Teaching Body and pursuant to the Regulations on research doctorates issued with
D.R. n. 1867 of 17 May 2022 and current legislation on the matter and according to the provisions of
the regulations relating to the Avviso, as

VINCITORE CON IL BENEFICIO DI BORSA DI STUDIO DI ATENEIO/WINNER WITH
UNIVERSITY SCHOLARSHIP BENEFIT

VINCITORE SENZA IL BENEFICIO DI BORSA DI STUDIO/WINNER WITHOUT
SCHOLARSHIP BENEFIT

VINCITORE CON IL BENEFICIO DI BORSA DI STUDIO FINANZIATA DA ALTRA UNIVERSITÀ
O ENTE/WINNER WITH OTHER UNIVERSITY OR OTHER SUBJECT SCHOLARSHIP
BENEFIT
Altra Università o Ente/other University or other subject _____

DOTTORATO INDUSTRIALE/INDUSTRIAL DOCTORATE

HORIZON 2020 FRAMEWORK PROGRAM CALL: H2020 MSCA ITN2020 PROJECT:956325
ASTROTECH

SOPRANNUMERARIO/ SOPRANNUMERARY

Il/La sottoscritto/a avvalendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, approvato con D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445/I, the undersigned, using the documentation referred to in articles 46 and 47 of the Consolidated Law on administrative laws and regulations, approved with D.P.R. 28 December 2000, n. 445

DICHIARA/DECLARES

sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle conseguenze anche penali cui può andare incontro in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci (art. 76 T.U.)/under his own personal responsibility, aware of the consequences, including criminal ones, which may be encountered in the event of documents' falsification and false declarations (art.76 T.U.): Di avere il seguente codice fiscale/To have the following italian fiscal code

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

- Di essere nato/a il/to be born
on _____ a/in _____ (Prov. _____)

- Nazione/Country _____

- Di essere residente in/To be resident in _____ CAP/Postal Code _____ (Prov. _____)

Via/Address _____

Tel. _____ Fax _____ cellulare/Mobile _____

e-mail _____ PEC _____

Skype _____

- Di essere domiciliato/a a/To be domiciled in _____

CAP/Pstal Code _____ (Prov. _____)

Via/Address _____

che eventuali comunicazioni riguardanti il corso di dottorato vengano inviate al seguente indirizzo/That any communications regarding the PhD course be sent to the following address

Via/Address _____

Comune/Municipality _____ Prov. _____ CA.P/Postal Code _____

e di impegnarsi a comunicare eventuali variazioni che dovessero intervenire successivamente alla data della presente dichiarazione./and to undertake to communicate any changes that may occur after the date of this declaration.

- Di avere la cittadinanza/ To have citizenship _____

SOSTEGNO FINANZIARIO/ FINANCIAL SUPPORT

VINCITORE CON IL BENEFICIO DI BORSA DI STUDIO DI ATENEO/WINNER WITH UNIVERSITY SCHOLARSHIP BENEFIT

VINCITORE SENZA IL BENEFICIO DI BORSA DI STUDIO/WINNER WITHOUT SCHOLARSHIP BENEFIT

VINCITORE CON IL BENEFICIO DI BORSA DI STUDIO FINANZIATA DA ALTRA UNIVERSITA' O ENTE/WINNER WITH OTHER UNIVERSITY OR OTHER SUBJECT SCHOLARSHIP BENEFIT
Altra Università o Ente/other University or other subject _____

DOTTORATO INDUSTRIALE/INDUSTRIAL DOCTORATE

HORIZON 2020 FRAMEWORK PROGRAM CALL: H2020 MSCA ITN2020 PROJECT:956325
ASTROTECH

SOPRANNUMERARIO/ SOPRANNUMERARY
CONDIZIONI DI DISAGIO/STUDENTS WITH DISABILITIES

Dottorando portatore di handicap con invalidità riconosciuta pari o superiore al 66% (Allega certificazione attestante la invalidità)/PhD student with recognized disability equal to or greater than 66% (Attach certificate certifying disability)

SI

TRATTAMENTO DATI PERSONALI/ ROCESSING OF PERSONAL DATA

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e disponibile all'indirizzo <https://www.uniba.it/ateneo/privacy/aggiornamento-informative-regolamentoUE-2016-679/studenti/>. The undersigned declares to have read the information provided pursuant to Articles 13 and 14 of EU Regulation 2016/679 (GDPR) and available at the address <https://www.uniba.it/ateneo/privacy/aggiornamento-informative-regolamentoUE-2016-679/studenti/>.

Presto il consenso al trattamento dei miei dati personali e, espressamente, al trattamento di eventuali dati sensibili ("categorie particolari di dati") e/o giudiziari ("dati relativi a condanne penali o reati"), per il conseguimento delle finalità esposte nella [predetta informativa](#) da parte dell'Università degli Studi di Bari Aldo Moro./I consent to the processing of my personal data and, expressly, to the processing of any sensitive data ("particular categories of data") and/or judicial data ("data relating to criminal convictions or crimes"), for the achievement of the purposes set out in the aforementioned information from the University of Bari Aldo Moro.

Autorizzo, inoltre, l'Università a inviare comunicazioni al numero di telefonia mobile sopraindicato./I also authorize the University to send communications to the mobile phone number indicated above.

Di essere a conoscenza che l'Università verificherà la veridicità di quanto da me dichiarato./ I am aware

that the University will verify the veracity of what I have stated.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza di quanto prescritto dal Codice penale sulla responsabilità cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e dal D.P.R. del 28/12/2000 n. 445./The undersigned declares to be aware of the provisions of the Criminal Code on the liability in the event of false declarations and of the D.P.R. of 28/12/2000 n. 445.

Bari, lì/Date _____

Firma per esteso e leggibile/Legible and full signature

DOCUMENTI DA ALLEGARE:

- **fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità/Photocopy of a valid identification document;**
- **per gli studenti diversamente abili allegare certificazione rilasciata ai sensi della normativa vigente attestante la condizione di portatore di handicap con la relativa percentuale/For students with disabilities, attach certification issued in accordance with current legislation certifying the condition of being disabled with the relative percentage;**
- **attestazione versamento imposta di bollo virtuale tramite PagoPA accedendo alla piattaforma Esse3 in fase di iscrizione/proof of payment of virtual stamp duty through PagoPA by accessing the Esse3 platform during registration;**
- **attestazione di versamento della tassa regionale per il diritto allo studio universitario da effettuarsi come indicato al link: <https://w3.adisupuglia.it/pagamenti-pa/>, causale TASSA REGIONALE DOTTORATO UNIBA A.A. 2023/2024/Proof of payment of the regional tax for the right to university study to be paid through (Pagamenti pa | ADISU Puglia Causal: Tassa Regionale Dottorato UNIBA) whose amount is determined according to the income of one's family unit (ISEE form) and in accordance with the table below:**
 - **€ 130,00 da/from € 0 a/to € 25.000,00**
 - **€ 160,00 da/from € 25.000,01 e € 50.000,00**
 - **€ 180,00 superiore a/higher than € 50.000,00.**