

ALLEGATO A

(inviare a: dip.odonto@cert.uniroma1.it)

Domanda di partecipazione alla prova di accesso alla scuola di specializzazione in

Codice identificativo Corso: _____

Il/la sottoscritto/a

Cognome, Nome (scrivere sul rigo qui sopra)

Codice fiscale

Luogo e data di nascita

Indirizzo di residenza (Città, provincia, via, cap)

Indirizzo mail

Numero di telefono fisso e numero di cellulare

Numero di matricola Infostud

Dichiara, ai sensi del D.P.R. 445 del 28/12/2000, di essere in possesso **dei requisiti di ammissione riportati nella tabella del bando**, di essere consapevole delle sanzioni penali e civili, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi dell'art. 76.

Allega alla presente:

- Autocertificazione della laurea conseguita con voto finale ed elenco degli esami sostenuti con relative votazioni
- Pubblicazioni scientifiche attinenti alla scuola prescelta
- Tesi di laurea attinente alla scuola prescelta
- Elenco titoli prodotti con numerazione progressiva (il numero d'ordine indicato deve essere riportato sui singoli titoli)

Data

Firma leggibile del/la candidato/a