



## DICHIARA

di essersi immatricolato per la prima volta\*, dopo il conseguimento del diploma di istruzione superiore, presso l'Università di .....  
nell'anno accademico ...../....., in data .....

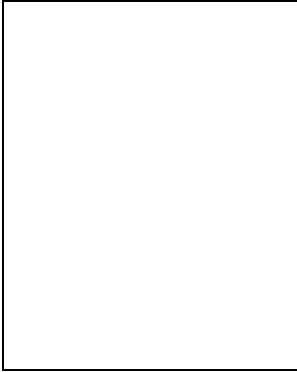
(\* tale informazione deve essere fornita anche in caso di rinuncia al corso)

di essere in possesso della laurea in .....  
conseguita presso l'Università degli Studi di .....nell'anno accademico ...../..... riportando la votazione di ...../110..... in data .....

di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale conseguita presso l'Università degli Studi di .....nell'anno.....sessione.....riportando la votazione di ...../..... in data .....

di non aver preso iscrizione contemporaneamente in diverse Università o istituti di istruzione superiore, in differenti Facoltà o Scuole, ai sensi dell'art. 142 del T.U. delle leggi sull'istruzione superiore (R.D. del 31 agosto 1933 n. 1592).

di essere in possesso di un'invalidità pari o superiore al 66%. A tal fine allega documentazione attestante il grado di disabilità



Doc. di identità n. ....

Rilasciato da.....

- Esprime:
- SI al consenso per il trattamento dei dati personali
  - NO al consenso per il trattamento dei dati personali.

- Allega :
- una fotografia formato tessera
  - Copia del documento in corso di validità
  - Copia del codice fiscale

**La dichiarazione è resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n° 445 (T.U. in materia di documentazione amministrativa).**

**Il sottoscritto è informato che le dichiarazioni false, l'indicazione di dati non corrispondenti al vero e l'uso di atti falsi sono punito con specifiche sanzioni penali e con la perdita dei benefici eventualmente conseguiti (art. 76 D.P.R. 28/11/2000 n° 445).**

Sassari, .....

.....  
(firma leggibile dello studente)



Università degli Studi di Sassari  
Ufficio Alta Formazione

**RICEVUTA DELLA DOMANDA DI IMMATRICOLAZIONE \***

**\*Copia per il corsista**

Dott. ....

**Immatricolazione per l'a.a. 2016/2017 presso questa Università alla Scuola di specializzazione  
in CHIRURGIA ORALE**

---

Con riferimento alle disposizioni di cui Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e, in particolare, alle disposizioni di cui all'art. 13, i dati personali forniti dai corsisti saranno raccolti presso l'Università degli Studi di Sassari per le finalità istituzionali e saranno trattati anche in forma automatizzata. Il trattamento degli stessi, per gli ammessi al corso, proseguirà anche successivamente all'avvenuta immatricolazione per le finalità inerenti la gestione della carriera universitaria.

L'eventuale rifiuto di fornire i propri dati personali potrebbe comportare il mancato espletamento degli adempimenti necessari e delle procedure amministrative di gestione delle carriere degli studenti. A tutti gli interessati sono comunque riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del citato Decreto Legislativo.

---

Sassari, .....

Timbro e firma del funzionario

***L'Ufficio Alta Formazione a seguito di consegna della presente domanda di immatricolazione compilata e debitamente firmata, provvederà successivamente all'assegnazione del numero di matricola, che verrà comunicato esclusivamente via e-mail***