DOMANDA VALUTAZIONE TITOLI
SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE NON MEDICI A.A. 20__/20__

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

- cognome e nome |_____|

sesso ☐ ☐ nato/a il |__|__| |__|__| |__|__|__|__| a|_____|

prov. |__|__| nazione di nascita |_____| cittadinanza |_____|

- residente in via/piazza |_____| n. |_____|

frazione/località |_____|

comune |_____| prov. |__|__| C.A.P. |__|__|__|__|__|

tel./cell |_____| e-mail |_____|

in merito alla procedura di partecipazione alle prove di accesso alle Scuole di Specializzazione non mediche di cui al relativo bando di concorso

DICHIARA

ai fini dell'ammissione, per l'A.A. 20__/20__, alla Scuola di Specializzazione in

_____
[indicare nome Scuola di Specializzazione]

di aver conseguito i seguenti esami:

DENOMINAZIONE ESAME	PRESSO UNIVERSITA' DI	S.S.D.	CFU	SOSTENUTO IN DATA	VOTAZIONE *(IN TRENTESIMI)*

I DATI RICHIESTI DALL'ATENEO SONO RACCOLTI IN CONFORMITA' AL REGOLAMENTO (UE) N. 2016/679

e di aver prodotto le seguenti pubblicazioni:

TITOLO	TIPOLOGIA PUBBLICAZIONE (ABSTRACT, POSTER, ARTICOLO ETC.)	RIVISTA	ANNO	IF 2020

Firenze, _____ 20__

_____

[firma]