



## DOMANDA DI PREISCRIZIONE MASTER

**Al Magnifico Rettore**  
dell'Università degli Studi di  
Camerino  
Piazza Cavour n. 19/F  
62032 CAMERINO (MC)

A mezzo il Direttore del Master Prof Amenta ([francesco.amenta@unicam.it](mailto:francesco.amenta@unicam.it))

Il/la sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_);  
cittadinanza \_\_\_\_\_  
residente in (via/piazza) \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_  
comune \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_); C.A.P. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_, cellulare \_\_\_\_\_,  
e-mail \_\_\_\_\_, Cod. fisc. \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di essere ammesso/a per, l'anni accademici 2019/2020 e 2020/2021, al 1° anno del **MASTER UNIVERSITARIO INTERNAZIONALE BIENNALE DI II LIVELLO IN MEDICINA E TERAPIA ESTETICA DEL VISO 5<sup>^</sup> edizione**

Al tal fine valendosi delle disposizioni di cui all'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 455 e consapevole che chi dichiarerà il falso vedrà decadere i benefici ottenuti e incorrerà nelle sanzioni penali previste per false dichiarazioni dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. citato

### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- di essere a conoscenza delle norme e dei termini previsti dal bando e di accettarne, senza riserva, tutte le condizioni;
- di essere a conoscenza che nel caso sia accertata la non veridicità di quanto dichiarato, fermo restando le responsabilità penali in caso di dichiarazioni false, comporterà l'automatica esclusione dal corso;
- di essere in possesso del seguente titolo di studio: Diploma di Laurea in \_\_\_\_\_ conseguito il \_\_\_\_\_, con il voto di \_\_\_\_\_
- presso l'Università di \_\_\_\_\_ ;

- di essere in possesso dell'abilitazione per l'esercizio della professione di \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di \_\_\_\_\_;
- di avere frequentato e superato l'esame del Master in \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con la votazione di \_\_\_\_\_

#### **Allega alla domanda**

- Curriculum vitae in formato europeo;
- Eventuali titoli ed attestati utili ai fini della selezione;
- Copia del certificato di conseguimento del Diploma in Medicina Estetica di cui sopra, con programma del Corso e numero di ore delle diverse attività realizzate nel caso non sia un Master dell'Università di Camerino.
- Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

#### **SI IMPEGNA**

ad accettare tutti gli obblighi previsti nel bando, ad esonerare l'Università degli Studi di Camerino da qualsiasi responsabilità conseguente ad eventuali danni arrecati a persone e a beni pubblici o privati e di sollevare l'Università degli Studi di Camerino da ogni azione o molestia.

Ad accettare la valutazione che il Comitato Scientifico del Master farà della corrispondenza in CFU, ai fini dell'abbreviazione di corso, del pregresso curriculum in Medicina Estetica ed a sostenere la prova di ammissione intesa a valutare le conoscenze acquisite.

**INFORMATIVA AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO 30/06/2003 N. 196 E E DEL REGOLAMENTO 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO, DEL 27 APRILE 2016, NOTO COME *GENERAL DATATA PROTECTION REGULATION (GDPR)*,**  
I dati personali saranno raccolti e trattati, nel rispetto delle norme di legge, per finalità connesse allo svolgimento delle attività istituzionali, in particolare per tutti gli adempimenti connessi alla piena attuazione del rapporto didattico ed amministrativo con l'Università.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Si prega di inviarne copia anche alla Segreteria del Master a mezzo posta elettronica, all'indirizzo: [medicina.estetica@unicam.it](mailto:medicina.estetica@unicam.it)

**Un servizio di supporto per la compilazione delle domande è disponibile per e-mail all'indirizzo [medicina.estetica@unicam.it](mailto:medicina.estetica@unicam.it) o per telefono previo appuntamento per e-mail.**