

**DOMANDA DI AMMISSIONE AD ANNI SUCCESSIVI AL PRIMO
CDL delle PROFESSIONI SANITARIE**

Il / la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ provincia di _____ il _____
residente in _____ via _____ n° _____ C.A.P. _____
cellulare _____, e-mail _____

CHIEDE DI ESSERE AMMESSO AL

- Il anno _ del CdL in _____
 III anno _ del CdL in _____

Inoltre, essendo a conoscenza delle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali nelle quali potrebbe incorrere in caso di dichiarazioni mendaci nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera,

DICHIARA

- di essere stato iscritto/a per l'a.a. 2020/2021 al _____ anno del corso di laurea / laurea magistrale
in _____ classe n. _____ presso l'Università di

OPPURE

- di essere in possesso della laurea / laurea specialistica / magistrale in _____
classe n. _____ conseguito presso l'Università di _____
in data _____ con voto _____
eventuale secondo titolo di laurea in _____
classe n. _____ conseguito presso l'Università di _____ in data _____ con voto _____

OPPURE

- di essere stato iscritto per l'a.a. _____ al _____ anno del corso di laurea / laurea
specialistica / laurea magistrale in _____ classe n. _____
presso l'Università di _____ e di aver rinunciato in data _____
/ di essere decaduto nell'a.a. _____

Valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.00 n. 445 e consapevole della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato e della responsabilità penale in cui può incorrere in caso di dichiarazione mendace secondo gli artt. 75 e 76 del succitato D.P.R., dichiara di aver sostenuto e superato i seguenti esami, ovvero di aver ottenuto le seguenti attestazioni di frequenza:

- se sei laureato presso l'Ateneo di Trieste **NON** devi compilare la tabella sottostante;
- se sei iscritto a Trieste, autocertifica **SOLO** le eventuali attività didattiche non registrate in esse3.

Denominazione Esame (solo esami completi, NON moduli)	F (se solo frequentato) S (se sostenuto)	CFU	Settore/i scientifico disciplinare	Ore laboratorio	Data esame	Voto esame

