



**Spett. le Dipartimento di Medicina e Chirurgia**  
dell'Università degli Studi dell'Insubria  
Ospedale di Circolo, Piano Terra – Nuovo Monoblocco  
Via Guicciardini, 9  
21100 VARESE  
c.a. Prof. Cristiano Termine  
Direttore del Corso di Perfezionamento per tutor nell'ambito dei disturbi specifici  
dell'apprendimento – III EDIZIONE

Marca da  
bollo  
€ 16,00

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL CORSO DI PERFEZIONAMENTO PER  
TUTOR NELL'AMBITO DEI DISTURBI SPECIFICI DELL' APPRENDIMENTO  
– III EDIZIONE . a.a. 2018/2019 – 2019/2020**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

CHIEDE

di essere ammesso/a al Corso di Perfezionamento per tutor nell'ambito dei  
disturbi specifici dell'apprendimento – III EDIZIONE

A tal fine, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in  
materia di norme penali, **DICHIARA**, sotto la propria responsabilità, che tutto  
quanto indicato, nella presente domanda corrisponde al vero, ai sensi dell'art. 46  
del D.P.R. n. 445/2000:

<b>COGNOME</b>	<input type="text"/>
<b>NOME</b>	<input type="text"/>
<b>DATA DI NASCITA</b>	<input type="text"/>
<b>LUOGO DI NASCITA</b>	<input type="text"/>
<b>CODICE FISCALE</b>	<input type="text"/>

- DI ESSERE CITTADINO ITALIANO;**  
ovvero di avere la seguente cittadinanza  
.....;
- DI ESSERE RESIDENTE A:**  
.....;
- DI ESSERE IN POSSESSO DEL SEGUENTE TITOLO DI STUDIO:**  
.....;

**Conseguito in data**

<input type="text"/>	<b>voto</b>
----------------------	-------------

**Presso**





**Per i titoli stranieri:** si allega dichiarazione di equipollenza completa di traduzione del titolo conseguito e di dichiarazione di valore e legalizzazione a cura della Rappresentanza Diplomatica Italiana competente.

**Solamente per i cittadini dell'Unione Europea o Extra Europea:**

- DI AVERE ADEGUATA CONOSCENZA DELLA LINGUA ITALIANA;**

**RECAPITO CUI INDIRIZZARE EVENTUALI COMUNICAZIONI RELATIVE AL  
CONCORSO:**

<b>Via</b>	<input type="text"/>	<b>n.</b>
<b>Località</b>	<input type="text"/>	<b>c.a.d.</b>
<b>Comune</b>	<input type="text"/>	
<b>Telefono</b>	<input type="text"/>	
<b>Indirizzo e-mail</b>	<input type="text"/>	

<b>INDIRIZZO PEC</b>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

**Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla protezione dei dati personali allegata al bando di concorso redatta ai sensi del Regolamento UE 2016/679, per gli adempimenti connessi alla presente procedura.**

Il/La sottoscritto/a allega alla presente istanza la **fotocopia di un proprio documento** di riconoscimento valido **e il proprio curriculum vitae datato e sottoscritto** e dichiara che tutto quanto in esso indicato corrisponde al vero ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000 e che le eventuali fotocopie allegate sono conformi all'originale ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000.

**LUOGO, DATA** \_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_ (a)

- a) la firma è obbligatoria pena la nullità della domanda.