



1506  
UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI URBINO  
CARLO BO

Ufficio Dottorati, Post Laurea, Esami di Stato  
Tel. +39 tel.0722 304634-5  
e-mail: corsi.postlaurea@uniurb.it

**DOMANDA DI AMMISSIONE**

PL/2021

**Al Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Urbino Carlo Bo**

Il/la sottoscritto/a.....  
 nat.... a ..... (prov. ....)  
 il ...../...../..... e residente a..... (prov. ....),  
 in via ..... n. ....  
 tel. .... /..... /....., cell...../.....  
 e-mail: .....  
 Codice Fiscale .....

**CHIEDE**

**di essere ammesso al MASTER di primo livello in  
 RIEDUCAZIONE FUNZIONALE E POSTUROLOGIA  
 FUNCTIONAL REHABILITATION AND POSTUROLOGY**

**A.A. 2021/2022**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI**

(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

A tale scopo, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, dichiara di essere in possesso del seguente titolo di studio:

- Laurea conseguita secondo l'ordinamento previgente al D.M. 509/99 in**  
 .....  
 conseguito in data ..... /..... /..... con votazione di ..... /.....  
 presso ..... Città/Nazione .....
- Laurea Specialistica/Magistrale in**  
 .....  
 afferente alla classe n .....  
 conseguito in data ..... /..... /..... con votazione di ..... /.....  
 presso ..... Città/Nazione .....
- Altro** .....

**Solo per i possessori del titolo di studio conseguito all'estero**

- di essere in possesso del seguente titolo di studio:
- Master's Degree in**  
 .....
- altro (specificare la denominazione)**  
 .....  
 conseguito in data ..... /..... /..... con votazione di ..... /.....



1506  
UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI URBINO  
CARLO BO

Ufficio Dottorati, Post Laurea, Esami di Stato  
Tel. +39 tel. 0722 304634-5  
e-mail: corsi.postlaurea@uniurb.it

della durata di anni .....presso.....

Città/Nazione .....

- per il quale fa richiesta di equipollenza, ai soli fini dell'ammissione al Corso
- già dichiarato equipollente al Diploma di Laurea italiano con Decreto Rettorale dell'Università di .....di cui si allega copia  
(solo per i possessori di titolo di studio conseguito all'estero)

Allega:

- copia autenticata del titolo di studio
- traduzione giurata e legalizzata del titolo
- dichiarazione di valore in loco rilasciata dalla Rappresentanza Diplomatica Italiana (Ambasciata/Consolato) competente per territorio

**Il/la sottoscritto/a allega inoltre la seguente documentazione:**

- Copia di un documento di riconoscimento valido debitamente firmata (**obbligatoria**)
- Curriculum Vitae et studiorum
- .....

Dichiaro, inoltre di essere informata/o, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati), che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data .....

\_\_\_\_\_  
(firma)

**La modulistica incompleta non verrà accettata**