



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI BARI
ALDO MORO**

**DIPARTIMENTO PER LA FORMAZIONE POST LAUREA E
GLI ESAMI DI STATO PROFESSIONALI**

**AREA MASTER, CORSI DI PERFEZIONAMENTO, ALTA FORMAZIONE
Settore I – Master Universitari**

DOMANDA DI AMMISSIONE MASTER UNIVERSITARIO

MASTER UNIVERSITARIO IN

FACOLTA' DI

LIVELLO

ANNO ACCADEMICO 20 20

nato il a (prov.) (naz.) Cognome del candidato Nome

residente a (prov.) c.a.p. via n.°

tel. cell. fax

e- mail Sesso: M F

Cittadinanza Codice Fiscale n.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

In possesso di:

- Laurea in matr.
Conseguita il votazione presso l'Università di
- Diploma Universitario in matr.
Conseguito il votazione presso l'Università di
- Diploma di Maturità in Conseguito nell'anno
presso l'Istituto di votazione

Settore I - Master Universitari, via Garruba n. 1 – 70121 Bari, tel. 080 5717276 – Fax 080 5717297

N.B. : COMPILARE LA DOMANDA IN OGNI SUA PARTE IN STAMPATELLO E IN MODO CHIARO E LEGGIBILE

- Altro matr. conseguito nell'anno
- Votazione presso l'Istituto di
- Eventuali Equipollenze – Diplomi conseguiti in base alla normativa precedente (*indicare normativa di riferimento*)

Crediti Formativi Universitari (*acquisiti precedenti Corsi / Master*)

.....

Esami di profitto caratterizzanti ed affini al corso prescelto, ove richiesti

(*verificare il rispettivo bando concorsuale, in tal caso si consiglia di allegare certificati con esami superati e votazione*)

DENOMINAZIONE	VOTO	DATA
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

*** (da compilare solo se richiesti nei requisiti di ammissione del bando)**

Tesi di Laurea o di Diploma in

.....

.....

- Scuola di Specializzazione in Università di
- matr. votazione data C.F.U.
- Dottorato di Ricerca in Università di
- matr. votazione data C.F.U.
- Corsi di Alta Formazione Permanente e Ricorrente in
- Università di data C.F.U.
- Corsi di Perfezionamento o Seminari di Formazione Post Laurea in
- Università di data C.F.U.

➤ Corsi di Lingua e Soggiorni all'estero

.....

➤ Abilitazione Esercizio Professione in

Università di matr. votazione data

➤ Abilitazione Insegnamento SI NO

Classe Concorso Abilitazione/Idoneità Anno di conseguimento

SSIS SI NO Indirizzo

➤ Altro

.....

**(da compilare solo se richiedi nei requisiti di ammissione del bando)*

Conoscenze lingue

	Madrelingua	Ottimo	Buono	Discreto	Elementare
Italiano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inglese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Francese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tedesco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spagnolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Esperienze di lavoro

.....

.....

Docente di ruolo Non di Ruolo

Azienda / Istituto scolastico presso il quale lavora attualmente

Settore di attività dell'Azienda

Posizione attualmente ricoperta

Da a tempo determinato fino al

a tempo indeterminato

Area funzionale / Qualifica Professionale

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione integrale del Bando di concorso, e di essere a conoscenza:

- dei termini relativi all'espletamento delle eventuali prove concorsuali e pertanto, dispensa i competenti uffici dall'inviare la relativa comunicazione
- del divieto alla contemporanea iscrizione ad un Master e ad un corso di laurea, laurea specialistica e/o magistrale, scuola di specializzazione, scuola di specializzazione dell'area medica o dottorato di ricerca. Può tuttavia essere consentita la sospensione dei corsi sopra menzionati, con l'eccezione dei dottorati di ricerca, delle scuole di specializzazione dell'Area medica e di quelle per gli insegnanti (SSIS), sino alla cessazione della frequenza del Master.
- di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000.
- Autorizzo alla eventuale diffusione dei dati personali (Decreto Legislativo 30.06.2003, n. 196)
- I candidati stranieri devono allegare documenti redatti in lingua straniera, corredati da traduzione ufficiale in lingua Italiana, muniti di legalizzazione e di dichiarazione di valore in loco, a cura della rappresentanza Italiana competente per territorio.

ALLEGATI	SI	NO
Bollettino di versamento caus. CX – Contributo Stampati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Curriculum <i>(contenente tutte le attività formative Universitarie ed extra Universitarie)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Copia documento di riconoscimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Copia del codice fiscale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro <i>(specificare)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Data

_____ *Estremi documento di riconoscimento*

_____ *rilasciato il*

_____ *Firma*