



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BARI
Dipartimento per la Formazione Post Laurea,
il Diritto allo Studio
e gli Esami di Stato Professionali
Area Formazione Post Laurea - Settore II

DOMANDA DI AMMISSIONE

n. identificazione _____

prot. n. _____

MASTER UNIVERSITARIO

del _____

COGNOME _____ NOME _____

MASTER UNIVERSITARIO IN _____

LIVELLO _____

FACOLTA' DI _____

ANNO ACCADEMICO ____/____

In possesso di:

- Laurea in _____ matr. _____
Conseguita il _____ Votazione _____ presso l'Università di _____
(Indicare denominazione e sede)
- Diploma Universitario in _____ matr. _____
Conseguito il _____ Votazione _____ presso l'Università di _____
(Indicare denominazione e sede)
- Diploma di Maturità in _____ Conseguito nell'anno _____
presso l'Istituto di _____ Votazione _____ (sessantesimi/centesimi)
(Indicare denominazione e sede)
- Altro _____ matr. _____ conseguito nell'anno _____
Votazione _____ presso l'Istituto di _____
(Indicare denominazione e sede)
- Eventuali Equipollenze – Diplomi conseguiti in base alla normativa precedente (indicare normativa di riferimento) _____



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BARI
Dipartimento per la Formazione Post Laurea,
il Diritto allo Studio
e gli Esami di Stato Professionali
Area Formazione Post Laurea - Settore II

- Scuola di Specializzazione in _____
Università di _____ matr. _____ votazione conseguita _____ data _____
- Corsi di Perfezionamento o Seminari di Formazione Post Laurea in _____

Università di _____ matr. _____ Anno conseguimento _____
- Corsi di Perfezionamento o Seminari di Formazione Post Laurea in _____

Università di _____ matr. _____ Anno conseguimento _____
- Corsi di Lingua e Soggiorni all'estero _____

- Dottorato di Ricerca, II Laurea _____
Università di _____ matr. _____ votazione conseguita _____ data _____
- Abilitazione Esercizio Professione in _____
Università di _____ matr. _____ votazione conseguita _____ data _____
- Abilitazione Insegnamento SI NO
- Classe Concorso _____ Abilitazione/Idoneità _____ Anno di conseguimento _____
- SSIS SI NO Indirizzo _____

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"/>



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BARI
Dipartimento per la Formazione Post Laurea,
il Diritto allo Studio
e gli Esami di Stato Professionali
Area Formazione Post Laurea - Settore II

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 _____

Dal _____ a tempo determinato fino al _____

a tempo indeterminato

Area funzionale / Qualifica Professionale _____

Dichiaro di essere a conoscenza che il concorso avrà luogo il _____ alle ore _____ c/ o _____

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione integrale del Bando di concorso, di essere a conoscenza dei termini per l'espletamento delle eventuali prove concorsuali e pertanto, dispensa i competenti uffici dall'inviare la relativa comunicazione.

il concorso è per titoli il concorso è per esami il concorso è per titoli ed esami

ALLEGATI	SI	NO
Bollettino di versamento caus. CX	<input type="checkbox"/>	
Domanda dell'Azienda promotrice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Richiesta di finanziamento per concorrere all'assegnazione delle eventuali Borse di Studio disponibili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Curriculum (contenente tutte le attività formative Universitarie ed extra Universitarie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Copia documento di riconoscimento	<input type="checkbox"/>	
Altro (specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dichiaro inoltre, di essere a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 26 della L. 04/01/1968 n. 15 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e dal comma 3 dell'art. 11 del D.P.R. 20/10/98 n. 403.

Autorizzo alla eventuale diffusione dei dati personali (Legge 675 del 96 sulla tutela dati personali)

E' vietata la contemporanea iscrizione ad un Master e ad un corso di laurea, laurea specialistica, 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.

Data _____

(Estremi documento di riconoscimento)

Firma