

Nome	
Cognome	
Luogo di Nascita	Provincia
Stato	Data di nascita
Sesso M F	Codice fiscale
Cittadinanza	
Indirizzo	
Comune di residenza	Provincia
Cap	Cellulare Telefono
E-mail	
Eventuale altro indirizzo o recapito	

Essendo consapevole del carattere e delle finalità dell'Università degli Studi Guglielmo Marconi, come da Statuto e Regolamento

CHIEDE DI ESSERE IMMATRICOLATO PER L'ANNO ACCADEMICO 20__ / 20__

FACOLTA' DI _____
AL CORSO DI LAUREA IN _____
ORIENTAMENTO _____

DICHIARA

- 1) di NON essere già iscritto** ad altro corso di studi presso questa o altra Università italiana o straniera, come disposto dall'art. 142 del Testo Unico approvato con R.D. n. 1592/1933 che sancisce il principio della "incompatibilità della doppia iscrizione". Ovvero di essere iscritto presso un Istituto Superiore di Studi Musicali e Coreutici (DM 28 settembre 2011)
- 2) di aver versato la prima rata delle tasse universitarie** di cui invia ricevuta originale o equivalente, comprovante l'avvenuto pagamento.
- 3) di aver versato la tassa regionale per il diritto allo studio** di cui invia ricevuta originale o equivalente, comprovante l'avvenuto pagamento.

INOLTRE PRENDE ATTO CHE

Le tasse universitarie non sono rimborsabili a norma dell'Art. 27 del R.D. 4/6/1938 n° 1269

L'IMMATRICOLAZIONE E' SUBORDINATA AL PAGAMENTO DELLA TASSA REGIONALE PER IL DIRITTO ALLO STUDIO (LEGGE 28.12.1995, N. 549), DI CUI SI RICHIEDE CONTESTUALMENTE APPOSITA RICEVUTA

SI IMPEGNA quindi a non iscriversi: ad altri corsi di studio, master o dottorati di ricerca se non dopo aver presentato domanda di rinuncia agli studi intrapresi o trasferimento o aver conseguito il titolo;

DICHIARA infine: di essere a conoscenza che, fermo restando le responsabilità penali, in caso di dichiarazioni false, decadrà automaticamente dal diritto d'iscrizione, sarà annullata la carriera scolastica, non avrà diritto al rimborso delle tasse d'iscrizione.

Data _____ Firma _____

DICHIARA SOTTO LA SUA RESPONSABILITÀ di essere in possesso del seguente TITOLO:

- **DIPLOMA DI MATURITÀ**.....

conseguito presso l'Istituto.....

Via n. C.A.P. Città

nell'anno accademico..... con votazione...../...../.....

- **LAUREA in**.....

conseguito presso l'Università:.....Città.....

nell'anno accademico..... con votazione...../...../.....Conseguito il/...../.....

DICHIARA SOTTO LA SUA RESPONSABILITÀ

di essere a conoscenza del divieto di cui all'art. 4 del Regolamento Studenti in base al quale è vietata, nell'ambito dell'Università degli Studi Guglielmo Marconi, l'iscrizione contemporanea a diversi corsi di studio, master o dottorati di ricerca, di

Essere **DECADUTO/A** dagli studi intrapresi presso l'Università di _____, facoltà di _____, corso di laurea in _____

Aver in data _____ espressamente **RINUNCIATO** agli studi intrapresi presso l'Università di _____, facoltà di _____, corso di laurea in _____

Essere alla **prima immatricolazione** in un ateneo italiano e, pertanto, di **non essere iscritto** ad alcun corso di laurea nel sistema universitario italiano.

Aver in data _____ espressamente **richiesto il TRASFERIMENTO/CONGEDO in uscita dall'Università** di _____

DICHIARA I SEGUENTI ESAMI UNIVERSITARI SOSTENUTI IN ALTRE UNIVERSITÀ

N°	ESAME	SSD	CFU	DATA ESAME	VOTO	UNIVERSITÀ

