



Al Magnifico Rettore
Università degli Studi
MACERATA

_____ sottoscritt _____
nat__ a _____ Prov. _____ il _____
codice fiscale n° _____
residente a _____ Prov. _____ Cap _____
via _____ n° _____
domiciliata __ a _____ Prov. _____ Cap _____
via _____ n° _____
cell _____ / _____ indirizzo di posta elettronica _____
in possesso del diploma di Laurea in _____
classe _____ (solo per Laurea specialistica)
conseguito nell'anno accademico _____ / _____ , in data _____ con votazione unica di punti _____
_____ su centodieci, presso l' Università di _____

CHIEDE

DI ESSERE IMMATRICOLAT __ PER L'ANNO ACCADEMICO 20__/20__
ALLA "SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN DIRITTO SINDACALE, DEL LAVORO E DELLA PREVIDENZA"

DICHIARA

di essere a conoscenza del divieto alla duplice iscrizione a corsi universitari.

ALLEGA:

- Due fotografie
- Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale;
- Ricevuta comprovante il versamento della prima rata tasse, pari a € 380,00;

Data _____ Firma dello studente _____

AUTORIZZA **NON AUTORIZZA**

Il trattamento dei dati personali ai soli fini di eventuali offerte di lavoro e per corsi di formazione, perfezionamento, specializzazione e master, escluso l'uso per fini commerciali (Decreto Legislativo 196/2003)

AUTORIZZA **NON AUTORIZZA**

Il trattamento dei dati personali ai soli fini commerciali (Decreto Legislativo 196/2003)

Data _____ Firma dello studente _____

N.B. Le dichiarazioni sostitutive rese saranno sottoposte ai controlli previsti dalla normativa vigente e, in caso di dichiarazioni mendaci, l'interessato decadrà dai benefici indebitamente conseguiti e sarà passibile di denuncia all'autorità giudiziaria.



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MACERATA
AREA SEGRETERIE STUDENTI
UFFICIO 5

Vista la Legge 25 maggio 1997, n° 127;

Vista la circolare del Ministero dell'Interno del 15 luglio 1997, n° 11

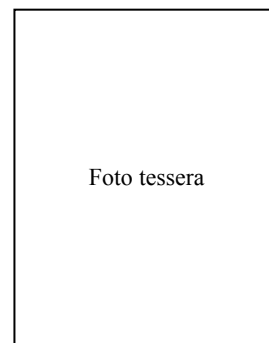
Si attesta che la foto ritrae il Sig./ la Sig.ra:

Cognome: _____

Nome: _____

Nat__ a: _____ (_____)

Il _____



come accertato mediante esibizione di un documento di riconoscimento.

Macerata, li _____

Il Responsabile dell'Ufficio

N.B. il presente modulo ha validità per pratiche svolte personalmente dallo studente agli sportelli della Segreteria. Se allegato alla domanda di immatricolazione fatta pervenire per posta o presentato da persona diversa dall'interessato e da lui delegata, deve essere accompagnato dalla fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MACERATA
AREA SEGRETERIE STUDENTI
UFFICIO 5

ISO 9001/2000 Allegato 15

PRO-MEMORIA PER IL PAGAMENTO DELLE TASSE UNIVERSITARIE

**Il versamento può essere effettuato presso uno sportello della Banca delle Marche
sul CONTO DI TESORERIA 010 250 – sede di Macerata-**

o

con Bonifico Bancario presso un qualsiasi altro Istituto di Credito

Coordinate Bancarie Complete **CODICE IBAN : IT221060551340100000018281**

Nel bonifico devono essere indicati :

1. Cognome e nome
2. Codice del Corso : **124**
3. Anno Accademico del versamento: **200_**
4. Causale del versamento: **immatricolazione Scuola di Specializzazione in diritto sindacale, del lavoro e della previdenza**

AMMONTARE DELLE TASSE

Prima rata (da versare all'atto dell' immatricolazione) €

Seconda rata (da versare entro e non oltre il **30 aprile 200_**) €

Indennità di mora per ritardato pagamento (proporzionale al ritardo
cfr. Regolamento tasse)

**LE RICEVUTE DI ENTRAMBI I VERSAMENTI DEVONO ESSERE CONSEGNATE O FATTE PERVENIRE ALL' AREA
SEGRETERIWE STUDENTI UFFICIO 5- CORSI POST LAUREAM DELL' UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MACERATA –
VIA PIAVE n. 42, 62100 MACERATA**

NB. Non verranno inviate ulteriori comunicazioni riguardanti le scadenze



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MACERATA
AREA SEGRETERIE STUDENTI
UFFICIO 5

Ricevuta di avvenuta presentazione della domanda (viene rilasciata firmata solo in caso di presentazione della domanda allo sportello)

_____ l _____ dott./ _____, nat _____ il _____

ha presentato domanda di immatricolazione per l'anno accademico 200_/_ alla

“ SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN DIRITTO SINDACALE, DEL LAVORO E DELLA PREVIDENZA ”

in data _____

Il Responsabile dell' Ufficio