



TITOLO DI STUDIO - ESAMI

Il/La sottoscritto/a _____

Nato / a _____ (_____) il _____

Residente in (via/Piazza) _____ n. _____

Comune _____ Prov. _____ CAP

Tel. _____ Cell. _____ e-MAIL _____

a conoscenza delle sanzioni previste dall'art. 76 del d.p.r. 445 del 28 dicembre 2000 nel caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi, dichiara sotto la sua responsabilità i seguenti dati:

Dichiara di aver conseguito il seguente titolo di studio: _____

_____ in data _____

presso l'Università di _____

Facoltà/Macroarea di _____

Durata del Corso di Studio: _____

Tipo ordinamento: ante D.M. 509/99 D.M. 509/99 D.M. 270/04

e di aver superato i seguenti esami:

	Esami sostenuti	CFU	Voto	Data
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				



8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				

TITOLO DI STUDIO - ESAMI

Eventuali annotazioni: _____

 sottoscritt dichiara di avere preso visione dell'informativa inerente il trattamento dei propri dati personali denominata "Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 per gli utenti che intendono iscriversi alle prove di ammissione e agli esami di stato, per gli utenti che intendono immatricolarsi ai corsi di studio e per gli studenti, laureandi, laureati, specializzandi, tirocinanti e dottorandi dell'Università degli studi di Roma Tor Vergata"; di averne compreso il contenuto e di essere a conoscenza che i propri dati saranno trattati con le modalità e per le finalità indicate nella informativa. L'informativa completa è disponibile al link <http://utov.it/s/privacy>.

Luogo e data: _____



TOR VERGATA
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA

Direzione I - Didattica e Servizi agli studenti

Divisione 2 - Formazione post-lauream

Ripartizione 1 - Master, corsi di perfezionamento e scuole di specializzazione area non sanitaria

(firma per esteso e leggibile)