

**Allegato 1**

Per informazioni: e-mail [cfo@uniroma2.it](mailto:cfo@uniroma2.it);

**FAC- SIMILE DOMANDA DI ISCRIZIONE**

Al Direttore del Corso  
Di Formazione  
Tecnica ortodontica di laboratorio  
Prof.ssa Paola Cozza  
Università degli Studi di Roma  
"Tor Vergata"

**Domanda di Iscrizione al Corso di Formazione universitario per l'odontotecnico in "Tecnica ortodontica di laboratorio" - Anno Accademico 2018/2019**

Il/La sottoscritto/a

Cognome..... Nome.....,

nato/a.....(.....)il...../...../.....C.F.....

....., residente a .....

.....in

Via.....Città.....(.....)

CAP.....telefono.....cell.....

.e-mail.....

Diploma di Scuola Media Superiore (allegare fotocopia).....

Conseguito il.....presso.....

con votazione.....

Occupato NO SI se "SI" presso.....

Con qualifica.....

Chiede di essere ammesso/a al corso di Formazione in.....  
Istituito presso la facoltà .....  
Dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata, per l'a.a. 2018./2019

Alla presente si allega:

Fotocopia di documento di identità valido;  
Autocertificazione del titolo di diploma conseguito;  
Dichiarazione di consenso del trattamento dei dati personali ( allegato 2).

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver letto e approvare in ogni punto il bando di ammissione al Corso di formazione, di essere in possesso di tutti i requisiti ivi previsti e di essere consapevole che, ai sensi del D.Lgs. 445/2000, il rilascio di dichiarazioni false o incomplete costituisce un reato penale.

Data.....

Firma.....

**SPAZIO RISERVATO ALLA SEGRETERIA**

Si dichiara che la domanda di iscrizione al Corso di Formazione in “Tecnica ortodontica di laboratorio” è pervenuta in data.....

La Segreteria.....