

**Al Magnifico Rettore  
Di Humanitas University**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ PROV. (\_\_\_\_) con  
Cittadinanza: \_\_\_\_\_ e residente a  
\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n°  
\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel: \_\_\_\_\_ cell: \_\_\_\_\_ e-mail:  
\_\_\_\_\_

chiede di essere ammesso a partecipare alla selezione per l'ammissione al Master di II livello in *Malattie Allergiche Respiratorie* attivato da Humanitas University per l'A.A. 2023/2024.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti per effetto del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445), presa visione del bando di selezione ed accettate tutte le condizioni e prescrizioni in esso previste, dichiara sotto la propria responsabilità di essere in possesso dei seguenti titoli:

- Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita nell'anno accademico \_\_\_\_\_ presso l'Università \_\_\_\_\_ con votazione \_\_\_\_\_
- Abilitazione all'esercizio della professione conseguita nell'anno \_\_\_\_\_ presso l'Università \_\_\_\_\_
- Specializzazione medica in \_\_\_\_\_ conseguita nell'anno accademico \_\_\_\_\_ presso l'Università \_\_\_\_\_ con votazione \_\_\_\_\_

Dichiara inoltre:

di essere iscritto all'Ordine/Albo \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_

Dichiara altresì (specificare il possesso di eventuali altri requisiti richiesti dal bando):

Assicurazione professionale

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_