Università degli Studi di Perugia

Dipartimento di Scienze politiche

Modulo di richiesta di verifica del possesso dei requisiti curriculari

per l’iscrizione alla Laurea Magistrale in:

(barrare una sola casella)

* Relazioni internazionali
* Politica, amministrazione e territorio
* Politiche e servizi sociali
* **Comunicazione pubblica, digitale e d’impresa**

Il presente modulo dovrà essere compilato (in stampatello) da chi è in possesso della laurea di primo livello o, qualora il titolo non fosse ancora tato conseguito, intende conseguirlo entro il **28 febbraio 2023** e deve essere fatto pervenire all’Ufficio didattica del Dipartimento di Scienze Politiche - Perugia via email: [segr-didattica.scienzepolitiche@unipg.it](mailto:segr-didattica.scienzepolitiche@unipg.it).

Si devono sostenere obbligatoriamente tra i CFU a scelta del corso prescelto:

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a :

Cognome….…………………………………………..nome ……………………………….……………..

(per le donne indicare il cognome da nubile)

nato/a a ……………………………………………… (prov……..) il ...………..………………………….

e residente in ……………………………………………………………….. (prov. …...…..)

via ……………………………………………………………….……………………………………. n….…

tel. …………………………………………………….. email: ………………………………………………

D I C H I A R A

1) di essere in possesso / voler conseguire entro il mese di **febbraio 2023** (barrare la voce che non interessa) la laurea di primo livello in

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………..

Classe delle lauree nr. …….. con votazione (solo per chi ha già conseguito il titolo) ……..…………;

2) che la copia allegata del certificato, con l’elenco degli esami sostenuti e/o da sostenere (con indicazione dei settori scientifico-disciplinare e dei crediti) e delle altre attività formative, è conforme all’originale;

3) che le copie dei seguenti ulteriori documenti ritenuti utili ai fini della verifica dei requisiti curriculari sono conformi all’originale (elencarli qui di seguito)

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

3) di possedere le seguenti certificazioni internazionali di conoscenza della lingua straniera (indicare tipo e data di conseguimento)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

4) (solo per Sociologia e politiche sociali – curriculum in Politiche sociali) di aver conseguito nr. …….. CFU in attività di tirocinio e stage presso aziende ed enti pubblici e privati in ambito socio-sanitario e/o amministrativo, con partecipazione attiva e relativo addestramento (specificare l’Ente/i presso cui è stata svolta l’attività

.……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui incorre in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall’art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell’art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l’Amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione.

Dichiara, inoltre, di essere a conoscenza che i propri dati saranno trattati dall'Università per assolvere agli scopi istituzionali ai sensi del Regolamento Europeo in materia di Protezione dei Dati Personali 2016/679 e della normativa vigente.

………………………………

(luogo e data)

il dichiarante…………………………………….…….……………………

(firma per esteso e leggibile)

N.B. La presente dichiarazione non necessita di autenticazione della sottoscrizione qualora la stessa venga apposta in presenza del dipendente competente a ricevere la documentazione. Non deve essere altresì autenticata se presentata o inviata unitamente a fotocopia di documento di riconoscimento in corso di validità.

(riservato alla segreteria)

Si attesta il nulla osta alla iscrizione al corso di Laurea Magistrale in

………………………………………………………………………………..

Dott.ssa Rita Cecchetti (firma e timbro)……………………………………………..