



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI DI BARI  
ALDO MORO

**DOMANDA DI IMMATRICOLAZIONE PER L'ANNO ACCADEMICO 2013/2014**  
(con dichiarazioni sostitutive rese ai sensi del d.p.r. 445/2000)

**CORSO DI LAUREA MAGISTRALE A CICLO UNICO - MEDICINA E CHIRURGIA IN LINGUA INGLESE**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

SESSO:  M  F CODICE FISCALE 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CITTADINANZA:  Italiana  Altra \_\_\_\_\_

**NASCITA** DATA DI NASCITA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ NAZIONE DI NASCITA:  Italia  Altra \_\_\_\_\_  
PROVINCIA \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_

**RESIDENZA** INDIRIZZO \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_/\_\_\_\_  
*(Indicare anche eventuale frazione)*  
TELEFONIA MOBILE \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_  
PROVINCIA \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

**RECAPITO**  Uguale a residenza  Diverso da residenza → PRESSO \_\_\_\_\_  
INDIRIZZO \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_/\_\_\_\_  
*(Indicare anche eventuale frazione)*  
PROVINCIA \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

**TITOLO DI SCUOLA MEDIA SUPERIORE**  
TITOLO DI STUDIO \_\_\_\_\_ CONSEGUITO A \_\_\_\_\_  
Provincia Comune  
NOME ISTITUTO \_\_\_\_\_ ANNO 

--	--	--	--

 VOTAZIONE \_\_\_\_/\_\_\_\_

**EVENTUALE IDONEITA' CORSO INTEGRATIVO**  
CONSEGUITO A: \_\_\_\_\_  
Provincia Comune  
NOME ISTITUTO \_\_\_\_\_ ANNO 

--	--	--	--

**EVENTUALE TITOLO ACCADEMICO (LAUREA/DIPLOMA UNIVERSITARIO)**  
*Compilare solo se si possiede un titolo accademico*  
TITOLO DI STUDIO \_\_\_\_\_ CONSEGUITO A \_\_\_\_\_  
Provincia Comune  
NOME UNIVERSITÀ / ISTITUTO \_\_\_\_\_  
ANNO 

--	--	--	--

 VOTAZIONE \_\_\_\_/\_\_\_\_ MATRICOLA 

--	--	--	--	--	--

**DATA RELATIVA ALLA PRIMA ENTRATA DELLO STUDENTE NEL MONDO UNIVERSITARIO ITALIANO:** Data I immatricolazione \_\_\_\_\_ Anno accademico \_\_\_\_\_

**CORSO DI LAUREA**  
SCUOLA DI MEDICINA \_\_\_\_\_  
CORSO DI LAUREA MAGISTRALE A CICLO UNICO - MEDICINA E CHIRURGIA IN LINGUA INGLESE

COMPILARE ANCHE AUTOCERTIFICAZIONE ALLEGATA