

Alla Segreteria Studenti

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ____/____/____

e residente in _____ n. _____

Città _____ Provincia _____ CAP _____

Telefono _____ Mail _____

Indirizzo PEC _____

essendo consapevole del carattere e delle finalità dell'Università Saint Camillus International University of Health Sciences (UniCamillus) e dei principi di comportamento, così come previsto nello Statuto e nel Codice Etico,

CHIEDE

per l'a.a. 2025/2026 di poter essere ammesso a frequentare i seguenti corsi singoli (barrare la casella accanto al/i corso/i singolo/i per cui si richiede l'iscrizione):

INSEGNAMENTO – 1° Anno	SSD	Codice	CFU	SEMESTRE
☐ History of Medicine	MED/02	91279	2	II
☐ Applied Economics	SECS-P/06	92122	1	II
☐ Moral Philosophy	M-FIL/03	91281	3	II
☐ Human Anatomy I	BIO/16	91282	10	II
☐ Histology and Embriology	BIO/17	91283	10	II

INSEGNAMENTO – 2° Anno	SSD	Codice	CFU	SEMESTRE
☐ Physiology (I)	BIO/09	91791	9	II
☐ Methods and didactic approaches of physical activities (I)	M-EDF/01	91793	1	II
☐ Physiology (II)	BIO/09	91792	9	II
☐ Methods and didactic approaches of physical activities (II)	M-EDF/02	91794	1	II
☐ Immunology and immunopathology	MED/04	91795	4	II

☐ Laboratory medicine technical sciences	MED/46	91796	2	II
☐ General pathology	MED/04	91797	6	II

A tal fine dichiara ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazione non veritiere, di formazioni o uso di atti falsi (a norma dell'art. 76 del predetto D.P.R., che prevede, in tali casi, anche la decadenza dai benefici conseguiti), sotto la propria personale responsabilità:

- a) che le generalità indicate, la documentazione prodotta e la firma sono autentiche;
- b) di impegnarsi a versare il contributo dovuto in relazioni ai corsi di cui ha chiesto l'iscrizione entro le scadenze prescritte;
- c) di aver conseguito presso l'Istituto _____ nell'anno scolastico ____/____ il diploma di Scuola secondaria di secondo grado.

Allego alla presente copia di un documento d'identità valido.

Luogo e data

Firma
