



CORSO DI PERFEZIONAMENTO UNIVERSITARIO IN :
POSTUROLOGIA AVANZATA

DAI CONCETTI DI BASE ALLA SPECIALIZZAZIONE IN ERGONOMIA, GERIATRIA, ATTIVITÀ SPORTIVE AGONISTICHE ED ATTIVITÀ SPORTIVE AGONISTICHE ED AMATORIALI NELLE DISABILITÀ.

AL DIRETTORE.

Clinica Odontoiatrica dell'AOU Università degli Studi di Cagliari
Via Ospedale, 54 Cagliari

Il sottoscritto Nome _____ Cognome _____

Codice fiscale _____

PRESA VISIONE

delle norme di partecipazione al Corso di Perfezionamento sopraindicato, norme che si intendono quale parte integrante della presente domanda anche se ad essa non materialmente allegate e che dichiara di conoscere integralmente

CHIEDE

Di essere ammesso per l' A.A. **2019/2020** al Corso di Perfezionamento in **POSTUROLOGIA AVANZATA**

E

a tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia (**articoli 75 e 76 D.P.R. 445/2000**)

DICHIARA

di essere nat_ a _____ il _____
di essere residente in via/piazza _____ n° _____
a _____ CAP _____
di essere in possesso della cittadinanza _____
di aver conseguito la laurea in _____
presso l' Università di _____ il _____
con voto _____ di essere iscritto all' albo professionale _____ di _____

RECAPITO ELETTO PER EVENTUALI COMUNICAZIONI

Via/piazza _____ n° _____
Località _____ prov. _____
CAP _____ Telefono _____ Cellulare _____
Email _____

(Luogo e data)

(firma del candidato)

D.Lgs 196/2003 Tutela della privacy

I dati raccolti saranno utilizzati, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione della presente
Selezione