

Master Universitario di primo livello
in
**Assicurazioni, gestione e finanza della Previdenza obbligatoria e complementare, Assistenza
sanitaria pubblica e integrativa**
M.A.P.A. II edizione
Anno Accademico 2013-2014

SCHEDA DI PRE-ISCRIZIONE PER UDITORI

AL MAGNIFICO RETTORE

 L **SOTTOSCRITT**

Cognome e Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Nazionalità _____ Stato Civile _____

Codice fiscale _____

RESIDENTE:

Indirizzo _____

Città _____ Prov _____ Cap _____

Telefono _____ Fax _____

Cellulare _____ e-mail _____

(cui verranno inviate le comunicazioni inerenti il Master)

RECAPITO (se diverso dalla residenza):

Indirizzo _____

Città _____ Prov _____ Cap _____

Telefono _____ Fax _____

Cellulare _____

CHIEDE

1. di essere pre-iscritto in qualità di uditore per l'A.A. 2013-2014 al **Master Universitario di secondo livello in Assicurazioni, gestione e finanza della Previdenza obbligatoria e complementare, Assistenza sanitaria pubblica e privata - M.A.P.A.**

(Data)

(Firma dello studente)

Autorizza

l'Università Carlo Cattaneo al trattamento dei propri dati personali per la finalità relative all'iscrizione al Master, ai sensi del D.Lgs. n.196 del 30 giugno 2003

(Data)

(Firma dello studente)

FORMAZIONE ¹

Diploma di scuola media superiore _____

Istituto _____

Città _____ Prov _____

Anno _____ Votazione _____

LAUREA TRIENNALE

LAUREA SPECIALISTICA

LAUREA antecedente alla riforma universitaria attuata dal D.M. 3/11/99 n 509

LAUREANDO/A data di laurea prevista _____

Università _____

Facoltà _____

Indirizzo di studio _____

Votazione di laurea /Indicare eventuale lode Data di laurea _____

Titolo della tesi _____

LINGUE STRANIERE

Livello di conoscenza	Scolastico	Buono	Ottimo
Inglese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Francese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altre lingue(indicare quali)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ESPERIENZE PROFESSIONALI² _____

ALTRI TITOLI³ _____

ALTRE INFORMAZIONI

- **Come è venuto a conoscenza del Master Universitario in Assicurazioni, gestione e finanza della Previdenza obbligatoria e complementare, Assistenza sanitaria pubblica e privata – M.A.P.A**

Inserzione su quotidiani (specificare) Università Locandine Posta

Internet (specificare quale sito) Ambiente di lavoro Altro (specificare)

¹ Allegare autocertificazione attestante voto di laurea, titolo di tesi e l'elenco degli esami sostenuti con relativa votazione.

² Indicare stage ed eventuali esperienze di lavoro nei settori dell'Assicurazione, Previdenza e/o Assistenza sanitaria obbligatoria o complementare

³ Indicare eventuali pubblicazioni, articoli e saggi nei materia di Assicurazione, Previdenza e/o Assistenza sanitaria obbligatoria o complementare

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(ai sensi della normativa vigente)

___l___ sottoscritt___ consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 26 della predetta legge 4/1/1968 n.15 e articolo 1 DPR 403/1998 nel caso di falsa dichiarazione o esibizione di atti contenenti dati non rispondenti a verità, sotto la sua personale responsabilità, dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

(Data)

(Firma dello studente)

N.B.: Non saranno ritenute valide le domande compilate parzialmente o in modo illeggibile.

A PRESENTE SCHEDA DEBITAMENTE COMPILATA E CON I RELATIVI ALLEGATI DOVRÀ ESSERE INVIATA, TRAMITE POSTA A:

UNIVERSITÀ CARLO CATTANEO - LIUC
Segreteria Master
c.a. Elisabetta Mentasti
Corso Matteotti, 22
21053 Castellanza (Va)