



ACCADEMIA DI BELLE  
ARTI "MICHELANGELO"  
AGRIGENTO  
LEGALMENTE  
RICONOSCIUTA DAL  
M.I.U.R.

Ente Accreditato



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

N. matricola (Riservato alla segreteria)

Imposta di bollo  
virtuale

## Richiesta di Iscrizione al Master I Livello

Il/La sottoscritto/a :

Cognome :	Nome :
-----------	--------

Nato/a a :	Provincia :	Il :
Codice Fiscale :	N°. Carta d'identità :	

Residente :

Città :	Indirizzo :	N° :	Provincia :	CAP. :
Telefono / Cellulare : (*obbligatorio)		e-mail : (*obbligatoria) (** Caratteri maiuscoli e leggibili)		

(Si prega di compilare i seguenti campi in stampatello e in caratteri leggibili)

### CHIEDE

L'iscrizione per l'a.a. 2020/2021 al  
Master di I livello Post-Laurea di 1500 ore e 60 CFU in:  
**“Arte della matematica e matematica dell'arte per l'applicazione delle TIC in ambito didattico”**  
(Cod. ACM02)

### Allega

- Copia di un valido documento di riconoscimento;
- Copia di Titolo di Studio o autocertificazione (riportata nella parte sottostante) del Titolo di Studio che consente l'accesso al Corso richiesto;
- Ricevuta versamento € 516,00 (IBAN: **IT14 M 05034 82870 00000922386** intestato a **GIULIANA & ASSOCIATI**, indicare nella causale del bonifico: NOME, COGNOME e Codice Corso);

Unica Soluzione *oppure*  Pagamento rateale

### Accetta le seguenti condizioni

- 1) Rinuncia del richiedente. In caso di eventuale rinuncia del richiedente la somma versata non verrà restituita;
- 2) Sospensione dell'iscrizione. In nessun caso è previsto “congelare” l'iscrizione eccezion fatta per la partecipazione al TFA o PAS a.a. 2020/2021. In tal caso l'iscrizione del corso potrà essere posticipata solo all'a.a. 2021/2022;
- 3) Le condizioni previste dal Bando di Partecipazione di cui dichiara di averne preso visione.

Luogo e Data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Per espressa accettazione ai sensi degli articoli 1341 co. II e 1342 con. II del Codice Civile, si approvano le seguenti clausole. **1.** Rinuncia del richiedente. **2.** Sospensione dell'iscrizione. **3.** Condizioni previste del Bando di Partecipazione.

Luogo e Data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

## AUTOCERTIFICAZIONE TITOLO DI STUDIO

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
ai sensi del **D.P.R. 445**, 28 dicembre 2000 ed eventuali successive modificazioni ed integrazioni, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi (a norma dell'art. 76 del D.P.R. richiamato, il quale prevede in tali casi ulteriormente la decadenza dei benefici conseguiti), sotto la propria personale responsabilità:

### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

1) di essere in possesso del seguente titolo di studio che consente l'accesso al prescritto corso:

Titolo di studio: Laurea in _____			
Cons. il	_____	presso	_____
Voto	_____		

2) che le generalità indicate, i dati forniti, la documentazione allegata e la firma sono autentiche;

3) di non essere iscritto ad altri corsi Universitari per il medesimo Anno Accademico;

4) che ai sensi della Legge 196/03, autorizza l'amministrazione del Corso ad utilizzare i dati personali dichiarati solo per fini istituzionali e necessari per l'espletamento delle procedure di cui alla presente domanda.

### Trattamento dei dati

Il/La sottoscritto/a , acconsente, con riferimento ai dati personali sopra forniti, ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento UE 2016/679, al trattamento dei propri dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa presa in visione nel sito web: <https://www.giulianaassociati.com/privacy-policy/>, redatta ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE)2016/679, nella quale sono contenuti: a) Titolare del trattamento e responsabile della protezione dei dati personali; b) Finalità del trattamento dei dati; c) Modalità del trattamento dei dati personali; d) Base giuridica del trattamento; e) Conservazione dei dati; f) Comunicazione dei dati; g) Profilazione e diffusione dei dati; h) Conferimento dei dati e rifiuto; i) Trasferimento dei dati all'estero; l) Titolare del trattamento; m) Diritti dell'interessato; n) Diritto di opposizione.

Luogo e Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Spedire o presentare presso il seguente indirizzo:**

**GIULIANA & ASSOCIATI**

**Via Felice Cavallotti n. 88 - 93016, Riesi (CL)**

**Telefono: 0934 920622**

**e-mail: segreteria@abamamaster.it**

**www.abamamaster.it**