

SCHEMA DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE  
MASTER INTERDIPARTIMENTALE DI I LIVELLO  
IN INFERMIERISTICA PSICHIATRICA

Al Prof. Agostino mallamace  
Direttore del Master Interdipartimentale in Infermieristica Psichiatrica  
Facoltà di Medicina e Chirurgia  
CdL Scienze Infermieristiche  
**Policlinico Universitario**  
v. Consolare Valeria  
98125 Messina

Il sottoscritto(cognome, nome).....  
Nat a .....(provincia di ..... ) il .....  
Residente a.....(provincia di .....) via.....  
.....n.....CAP.....  
Domicilio(se diverso dalla residenza):  
città.....(provincia di .....) via.....  
.....n.....CAP.....  
N umero telefonico.....; e-mail.....

CHIEDE

Di essere ammess... al Master Universitario Interdipartimentale di I livello in Infermieristica Psichiatrica

Dichiara sotto la propria responsabilità:

- a) di essere cittadino.....
- b) di possedere una adeguata conoscenza della lingua italiana (per i cittadini comunitari e stranieri);
- c) di possedere la laurea in .....presso l'Università di .....
- d) Conseguita in data.....con la votazione di .....
- e) Di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni eventuale cambiamento della propria residenza o del recapito;
- f) Di impegnarsi a frequentare il corso assolvendo gli oneri finanziari previsti;
- g) Di non essere iscritto ad alcun corso di laurea, corso di perfezionamento, scuola di specializzazione o altro corso universitario post laurea e, in caso contrario, si impegna a sospenderne la frequenza;
- h) di aver preso visione di tutti i punti del bando;
- i) di essere a conoscenza della data della prova di selezione come risultante dal bando.

ALLEGA:

- 1) fotocopia del documento di identità debitamente firmato
- 2) fotocopia del codice fiscale
- 3) (ogni altro titolo utile per la graduatoria di merito di accesso al Master

Data.....Firma.....

**SCHEMA DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE A SINGOLI MODULI  
DEL MASTER IN INFERMIERISTICA PSICHIATRICA**

Al Prof. Agostino mallamace  
Direttore del Master Interdipartimentale in Infermieristica Psichiatrica  
Facoltà di Medicina e Chirurgia  
CdL Scienze Infermieristiche  
**Policlinico Universitario**  
v. Consolare Valeria  
98125 Messina

Il sottoscritto(cognome, nome).....  
Nat a .....(provincia di ..... ) il .....  
Residente a.....(provincia di .....) via.....  
.....n.....CAP.....  
Domicilio(se diverso dalla residenza):  
città.....(provincia di .....) via.....  
.....n.....CAP.....  
N umero telefonico.....; e-mail.....

**CHIEDE**

Di essere ammess... al MODULO-----  
del Master Universitario Interdipartimentale di I livello in Infermieristica Psichiatrica.

Dichiara sotto la propria responsabilità:

- a) di essere cittadino.....
- b) di possedere una adeguata conoscenza della lingua italiana ( per i cittadini comunitari e stranieri);
- c) di possedere la laurea in .....presso l'Università di .....
- d) Conseguita in data.....con la votazione di .....
- e) Di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni eventuale cambiamento della propria residenza o del recapito;
- f) Di impegnarsi a frequentare il corso assolvendo gli oneri finanziari previsti;
- g) Di non essere iscritto ad alcun corso di laurea, corso di perfezionamento, scuola di specializzazione o altro corso universitario post laurea e, in caso contrario, si impegna a sospenderne la frequenza;
- h) di aver preso visione di tutti i punti del bando;
- i) di essere a conoscenza della data della prova di selezione come risultante dal bando.

**ALLEGA:**

- 1) fotocopia del documento di identità debitamente firmato
- 2) fotocopia del codice fiscale

Data.....Firma.....