



All. A - Mod. Domanda di ammissione

**Master Universitario di secondo livello In
"Strumenti di Appropriata Prescrittiva, Controllo, Lean Process e Logistica del
Farmaco - MACOFA", A.A. 2025/2026**

Alla LUM School of Management
PEC: schoolofmanagementlum@pec.it

Il sottoscritto / La sottoscritta

Cognome

Nome

CHIEDE

di essere ammesso alla procedura di selezione per l'assegnazione di n. 2 esenzioni residue a copertura totale della quota complessiva di iscrizione al Master universitario di II livello in "Strumenti di Appropriata Prescrittiva, Controllo, Lean Process e Logistica del Farmaco - MACOFA", A.A. 2025/2026.

A tal fine, consapevole

consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, di:

AUTOCERTIFICA

ai sensi del D.P.R. 445/2000

di avere il seguente codice fiscale

di essere nato/a il

luogo di nascita

provincia stato

di avere cittadinanza

di essere residente in (città)

provincia stato

via

cap telefono fisso



Cellulare
e-mail
PEC
di avere recapito in (città)
provincia stato
via
cap telefono fisso

Dichiara, inoltre:

di aver conseguito il DIPLOMA DI MATURITÀ (*indicare il tipo*)

.....
conseguito presso (*indicare liceo/istituto*)
con sede a (*indicare città e provincia*)
in data nell'anno scolastico con votazione di/.....

di essere in possesso del seguente titolo di LAUREA

.....
indicare precisamente il titolo di studio conseguito
.....
indicare precisamente la DENOMINAZIONE del corso di studi superato
in data con votazione su
presso l'Università
Facoltà
Classe di Laurea



Dichiara, altresì:

(barrare la casella accanto alla situazione che ricorre inserendo gli eventuali dati richiesti)

- di non essere iscritto/a alla data di compilazione della presente domanda ad altro Corso di studi dell'Università LUM o di altro Ateneo, italiano o estero;
- di essere iscritto/a alla data di compilazione della presente domanda ad altro Corso di studi dell'Università LUM o di altro Ateneo, italiano o estero *(indicare il Corso al quale risulta iscritto/a e l'Università)*
-
-
- e che la frequenza al sopraindicato Corso è:
- Obbligatoria
- Non obbligatoria
- Obbligatoria per le sole attività laboratoriali e di tirocinio
- di essere in possesso del Diploma di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera.

Dichiara, infine:

Di aver preso visione delle norme legislative e regolamentari che riguardano l'ordinamento didattico ed il piano di studi del Master di cui chiede l'ammissione.

Di essere a conoscenza delle norme e dei termini previsti dall'Avviso di selezione per l'assegnazione delle esenzioni e di accettarne senza riserva tutte le condizioni.

Di prestare servizio presso:

Ente/Amministrazione

In qualità di

Allega

- a) Curriculum vitae
- b) Certificato di laurea
- c) Copia scansionata della carta d'identità o altro documento

.....
Luogo e data

.....
Firma