

**Al Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Urbino Carlo Bo**

Il/la sottoscritto/a.....  
 nat... a ..... (prov. ....)  
 il ...../...../.....e residente a..... (prov. ....),  
 in via ..... n. ....  
 tel. .... /..... /....., cell...../.....  
 e-mail: .....  
 Codice Fiscale .....

**CHIEDE**

**di essere ammesso al Corso di MASTER di primo livello in  
 (DISTURBI SPECIFICI DI APPRENDIMENTO), BES (BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI) E  
 DISTURBI DELLO SVILUPPO. PSICOPEDAGOGIA, METODOLOGIE DIDATTICHE, PENSIERO  
 COMPUTAZIONALE (CODING) E DIDATTICA DELL'INCLUSIONE  
 LEARNING DISABILITIES, SPECIAL EDUCATIONAL NEEDS, AND DEVELOPMENTAL AND BEHAVIORAL  
 DISORDERS. PSYCHOPEDAGOGY, TEACHING METHOD, CODING, AND INCLUSIVE EDUCATION**

**A.A. 2023/2024**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI**

(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

A tale scopo, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, dichiara di essere in possesso del seguente titolo di studio:

- Laurea conseguita secondo l'ordinamento previgente al D.M. 509/99 in**  
 .....  
 conseguito in data ..... /...../ ..... con votazione di ..... /.....  
 presso ..... Città/Nazione .....
- Laurea Specialistica/Magistrale in**  
 .....  
 afferente alla classe n .....  
 conseguito in data ..... /...../ ..... con votazione di ..... /.....  
 presso ..... Città/Nazione .....
- Laurea triennale in**  
 .....  
 afferente alla classe n .....  
 conseguito in data ..... /...../ ..... con votazione di ..... /.....  
 presso ..... Città/Nazione .....
- Ulteriore eventuale titolo equipollente**  
 .....  
 .....

.....  
.....  
**Solo per i possessori del titolo di studio conseguito all'estero**

-di essere in possesso del seguente titolo di studio:

Master's Degree in

.....  
 altro (specificare la denominazione)

.....  
conseguito in data ...../...../..... con votazione di ..... /.....  
della durata di anni .....presso.....  
Città/Nazione .....

per il quale fa richiesta di equipollenza, ai soli fini dell'ammissione al Corso

già dichiarato equipollente al Diploma di Laurea italiano con Decreto Rettorale dell'Università di  
.....di cui si allega copia

*(solo per i possessori di titolo di studio conseguito all'estero)*

Allega:

copia autenticata del titolo di studio

traduzione giurata e legalizzata del titolo

dichiarazione di valore in loco rilasciata dalla Rappresentanza Diplomatica Italiana (Ambasciata/Consolato)  
competente per territorio

**Il/la sottoscritto/a allega inoltre la seguente documentazione:**

Copia di un documento di riconoscimento valido debitamente firmata (**obbligatoria**)

Curriculum Vitae et studiorum (**obbligatorio**)

Altro :.....

Dichiaro, inoltre di essere informata/o, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati), che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data .....

\_\_\_\_\_  
(firma)

**La modulistica incompleta non verrà accettata**