



Istituto di Specializzazione in Ottica



Autorizzato e Riconosciuto dalla Regione  
Basilicata e dal Ministero della Salute ai sensi  
del R.D. n° 1334/1928



## DOMANDA DI AMMISSIONE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_  
cell \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_.

### CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare alle selezioni per l'ammissione al seguente Master in:

**"POSTUROLOGIA APPLICATA"**

A tale scopo, e sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

### DICHIARA (barrare e compilare i campi di interesse)

- di aver conseguito il seguente titolo di laurea \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_ con votazione \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
- di essere residente in uno dei comuni della Basilicata o di rientrare in una delle categorie di cui alla Legge Regionale n.16 del 3/03/2002 (Lucani emigrati all'estero)
- di essere disoccupato o inoccupato secondo la normativa vigente, alla data di compilazione della domanda e di conservare tale stato per tutta la durata del corso.

Allega la seguente documentazione:

- copia del titolo di studio;
- carta di identità in corso di validità e codice fiscale
- C1 e C2 attestanti lo stato di disoccupazione o inoccupazione
- ISEE 2018 (obbligatorio per i richiedenti il voucher e i contributi per le spese di soggiorno)

Matera li,

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_