

**DOMANDA DI ISCRIZIONE
IN QUALITA' DI UDIATORE**

ANNO ACCADEMICO 2026/2027

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

resa ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445

Marca da bollo
assolta in modo virtuale

**Al Magnifico Rettore
dell'UNIVERSITÀ degli STUDI di TRIESTE**

Il/La sottoscritt _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente in via _____ Comune _____ (____)

telefono _____ cell _____ email _____

NB: l'indirizzo e-mail deve essere indicato chiaramente in quanto l'Ufficio si riserva di contattare personalmente gli interessati in casi eccezionali.

CHIEDE DI ESSERE AMMESSO IN QUALITA' DI UDIATORE AL MASTER DI _____ LIVELLO IN:

“ _____ ”

Consapevole di quanto prescritto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, il sottoscritto dichiara:

⇒ di essere a conoscenza di tutte le norme contenute nel Bando e nel Regolamento Didattico del Corso;

⇒ di essere a conoscenza che l'iscrizione si conclude con il pagamento del contributo di iscrizione al Corso, secondo le scadenze previste;

⇒ di essere a conoscenza che l'iscrizione in qualità di uditore non dà accesso a sostenere esami di profitto, al conseguimento del titolo o al rilascio di CFU ma, esclusivamente, al rilascio di un attestato di partecipazione.

Il sottoscritto dichiara:

- di essere già registrato al sistema Esse3;**
- di essersi registrato al sistema Esse3, in quanto è la prima iscrizione presso l'Università di Trieste;**

Dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e, in forma aggregata e a fini statistici, potranno essere utilizzati dal Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca, oltre che dall'Università degli Studi di Trieste. L'interessato può esercitare il diritto di accesso ai dati conferiti secondo quanto previsto dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003.

Titolare del trattamento dei dati è l'Università degli Studi di Trieste – piazzale Europa 1, 34127 Trieste.

Data _____

Firma _____

ALLEGATI: fotocopia fronte e retro del documento di identità.