

**FAX 081 2537103**

**AL PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE  
ESAMINATRICE DEL CONCORSO PER L'AMMISSIONE  
AI CORSI DI LAUREA SPECIALISTICA PER LE  
PROFESSIONI SANITARIE - ANNO ACCADEMICO  
2010/2011 -**

**COD. RIF.** \_\_\_\_\_

Il / La sottoscritto/a cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a indirizzo completo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

avendo partecipato in data 26.10.2010 al concorso per l'ammissione ai corsi di Laurea Specialistica per le Professioni Sanitarie, Cod. Rif. \_\_\_\_\_ ed avendo visionato la pubblicazione della valutazione dei propri titoli effettuata dalla commissione esaminatrice

**CHIEDE**

ai sensi dell'art. 8 del bando di concorso emanato con D.R. n. 2815 del 26 agosto 2010, la **revisione della propria posizione in graduatoria per errori e/o omissioni**, relativamente alla valutazione del/dei seguente/i titolo/i, per i seguenti motivi:

titolo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

motivo

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

titolo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

motivo

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*Allegare fotocopia di valido documento di riconoscimento*

**Informativa ai sensi dell'art.13 del D. Lgs n. 196 del 30.06.2003, si informa che all'Università compete il trattamento dei dati personali dei candidati in conformità alle previsioni del Regolamento interno di attuazione del codice di protezione dei dati personali utilizzati dall'Università, emanato con D.R. n.5073 del 30.12.2005.**