



**ALLA DIREZIONE DEL CORSO DI BACCALAUREATO
IN SCIENZE DELL'EDUCAZIONE: EDUCATORE PROFESSIONALE
ANNO ACCADEMICO 2026/2027**

MODULO DI ISCRIZIONE

Il/La sottoscritto/a

Cognome		Nome	
Nato/a il	Città	Provincia	Nazione
Recapito: Via/P.zza/Str. e Civico			Città
Provincia	CAP.	E-mail	
Telefono		Codice fiscale	
Titolo base di ammissione	Conseguito il	Presso	

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO/A nell'Anno Accademico 2026/2027

al **PRIMO ANNO** del Corso di Baccalaureato (Laurea triennale) in Scienze dell'Educazione:
Educatore Professionale

Si allega fotocopia ricevuta versamento della 1° rata della tassa d'iscrizione annuale
(in caso di ritiro dello studente durante l'Anno Accademico, l'importo delle tasse annuali deve essere versato per intero)

Il Corso viene attivato al raggiungimento di una soglia minima di 20 studenti iscritti
Le iscrizioni al Corso si chiudono al raggiungimento di 90 studenti iscritti

Data	Firma dello Studente
------	----------------------

Dichiarazione liberatoria per la pubblicazione di foto e video

Con la presente il/la sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ prov. (____) il _____,
residente a _____ prov. (____),
in Via/P.zza/Str. _____, n. _____,
C.F. _____

in relazione ai servizi foto e video che potranno essere effettuati presso l'Istituto Universitario di Scienze Psicopedagogiche e Sociali "Progetto Uomo", Aggregato alla Facoltà di Scienze dell'Educazione dell'Università Pontificia Salesiana (per brevità IPU), autorizza le riprese della propria immagine e contestualmente cede gratuitamente all'IPU l'utilizzo della stessa, ai sensi della normativa vigente, sotto qualsiasi forma di diffusione mediatica, senza limiti di tempo, di passaggi, di riedizioni o di riproduzioni, rinunciando ad ogni compenso in relazione alla suddetta diffusione, liberando al contempo l'IPU da qualsiasi forma di responsabilità per le opinioni espresse durante l'intervento e manlevandolo dalle spese eventualmente sostenute in procedimenti relativi all'intervento *de quo*. Dichiaro, altresì, di aver ricevuto tutte le informazioni previste ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR) e art. 13 del D. lgs. 196/2003 e s.m.i. e presta il consenso al trattamento dei dati personali.

Montefiascone (VT) lì _____

In fede

Dichiarazione di presa visione e di accettazione del Codice Etico e di comportamento

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione e di conoscere il contenuto del Codice Etico e di comportamento dell'Istituto Universitario IPU pubblicato nel sito internet www.istitutouniversitarioipu.it e di impegnarsi a conformarsi alle regole ed ai principi in esso contenuti.

Montefiascone (VT) lì _____

In fede

Dichiarazione di esonero da responsabilità

Il sottoscritto dichiara che l'esito del procedimento di riconoscimento del titolo sanitario è completamente dipendente da attività discrezionale dell'amministrazione italiana assolutamente non riconducibile all'Istituto Universitario IPU.

Pertanto il sottoscritto esonera e solleva l'Istituto Universitario IPU. da qualsiasi forma di responsabilità conseguente al mancato accoglimento della richiesta o all'adozione di eventuali misure integrative.

Montefiascone (VT) lì _____

In fede
