

La presente domanda, debitamente firmata e compilata deve essere restituita via e-mail a: aureamphoenix@gmail.com



AUREAM PHOENIX UNIVERSITY

WORLD LEADING PEOPLE

Registered office:
8, Copthall - Roseau Valley 00152
Commonwealth of Dominica

Global Support Licensee:
UNISELINUS EUROPE Ltd
71-75 Shelton Street, Great London
WC2H 9JQ - London UK
Phone +044 203 808 5892

Italian Branch:
Via Pompeo Scipione Dolfi, 4
40122 Bologna - Italy

Local Unit:
Via Roma, 200 - 97100 Ragusa - Italy
Tel. 0932 518985

APPLICATION FORM TO DOCTOR OF EXCELLENCE

Il/la sottoscritto/a:

Nome e cognome

nato/a a Provincia

il Residente a CAP

Via/piazza N

Tel. Cell email

Ritenendo di aver maturato i requisiti per l'ottenimento del titolo di **Doctor of Excellence** secondo l'ordinamento previsto dalla **AUREAM PHOENIX UNIVERSITY** chiede di essere ammesso al programma per il conferimento del titolo di:

DOCTOR OF EXCELLENCE

Allega i seguenti documenti:

- *Fotocopia Documento di Identità*
- *Fotocopia Codice fiscale o Partita IVA*
- *Curriculum Vitae*

Il sottoscritto, una volta ricevuta la lettera di conferimento ufficiale, si impegna a versare la quota prevista per le spese amministrative pari a euro 1.050,00 (millezerocinquanta) con la modalità sotto indicata:

In un **unico pagamento** di 945,00 euro (sconto del 10%) al ricevimento della lettera di conferimento.

In **due rate mensili consecutive** di € 525,00 ciascuna.
La prima al momento della ricezione della lettera di conferimento. La seconda entro 30 giorni.

In **tre rate mensili consecutive** di € 350,00 ciascuna.
La prima al momento della ricezione della lettera ufficiale. La seconda e la terza rispettivamente a 30 e 60 giorni.

Il sottoscritto/a è consapevole che la decisione del council della **Auream Phoenix University**, ai fini della assegnazione del titolo, è insindacabile e s'impegna di accettare la deliberazione anche in caso di mancata accettazione della domanda.

In Fede (firma leggibile)

Luogo e data

.....

.....