MODULO DI ISCRIZIONE
(da compilare in stampatello o dattiloscritta)

Riservato all'ufficio	Applicare Marca da Bollo **€ 16,00**	**Codice Master**	**Matricola**
		ZM2	

	Al Magnifico Rettore **dell'Università degli Studi di Napoli Federico II** **Ufficio Scuole di Specializzazione e Master** **Via Mezzocannone, 16** **80134 - Napoli**
Oggetto:	**Iscrizione** al Master di II livello in **"CHIRURGIA DEL PIEDE"** afferente al Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Napoli Federico II, anno accademico 2018/2019.

Il/la sottoscritto/a_____
(indicare cognome e nome)

C H I E D E

di essere iscritto/a, per l'a.a. **2018/2019**, al corso di Master di II livello di cui in oggetto. A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti per effetto del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445), presa visione del bando di concorso ed accettate tutte le condizioni e prescrizioni in esso previste, dichiara sotto la propria responsabilità [(1)]:

1) Cognome | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nome | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Cod. fisc. | | | | | | | | | | | | | | | | | **Sesso** **F** **M**

Nat_ a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Prov.** | | |

Il | | / | | | / | | | | |

Per i cittadini stranieri indicare anche lo Stato | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2) di essere in possesso dei requisiti di ammissione prescritti dall'art. 3 del bando di concorso.

In particolare, si precisa **(barrare la casella che interessa):**

2A) **di essere in possesso del diploma di laurea (DL) in** _____

conseguito, secondo l'ordinamento previgente al D.M. 509/1999 e succ. mod. ed int., in data _____, **presso** _____

_____ **con la votazione finale di** _____ /110 _____

OVVERO

2B) **di essere in possesso della <u>laurea L/S</u> n. _____ in _____ appartenente alla classe delle lauree specialistiche in _____ _____ o della <u>laurea magistrale LM</u> n. _____ in _____ _____ appartenente alla classe delle lauree magistrali in _____, conseguita in data _____ presso _____ con la votazione finale di _____/110 _____ (ai sensi degli ordinamenti didattici di cui ai DD.MM. nn: 509/99 e 270/2004 e succ. mod. ed. int.)**

Il/la sottoscritto/a, inoltre,

DICHIARA

di non trovarsi in una situazione tale da determinare, con l'iscrizione stessa, la violazione del divieto di contemporanea iscrizione al corso di Master di cui in oggetto e ad altro corso di studio, così come previsto dalla normativa vigente;

- di aver conseguito l'**abilitazione all'esercizio della professione** in data _____ presso _____ _____;
- e di essere **<u>iscritto all'Albo degli Odontoiatri</u> di** _____ in data _____
- di voler ricevere ogni comunicazione relativa al presente bando di concorso al seguente **recapito**, impegnandosi, ai sensi dell'art. 3 del bando di concorso in oggetto, a segnalare successive variazioni dello stesso: (**<u>indicare via, piazza ecc., numero civico, città, C.A.P., provincia, numero di telefono di rete fissa ed e.mail</u>**):

<u>Il/la sottoscritto/a, allega alla presente domanda di iscrizione:</u>

a) n. 1 foto formato tessera da applicare sul modulo di sottoscrizione;

b) copia fronte/retro di un proprio documento di riconoscimento in corso di validità debitamente firmata e accompagnata dall'originale da esibire;

c) attestazione comprovante l'avvenuto pagamento della I rata di iscrizione e della tassa regionale per il diritto allo studio universitario;

d) (per i cittadini non comunitari residenti all'estero): il visto nazionale di lungo soggiorno rilasciato dalla Rappresentanza diplomatico – consolare competente

Napoli,_____ **firma_____**

<u>Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 679/2016 recante norme sul trattamento dei dati personali</u>

I dati raccolti nel modulo 1 e nel modulo 2 sono trattati ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e comunque, nell'ambito delle attività istituzionali dell'Università degli Studi di Napoli Federico II. All'interessato/a competono i diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento UE.

Titolare del trattamento è l'Università nelle persone del Rettore e del Direttore Generale, in relazione alla specifiche competenze. Per contattare il Titolare potrà inviarsi una email al seguente indirizzo: <u>ateneo@pec.unina.it</u>; oppure al Responsabile della Protezione dei Dati: <u>rpv@unina.it</u>; PEC: <u>rpv@pec.unina.it</u>

Le informazioni complete relative al trattamento dei dati personali raccolti, sono riportate sul sito dell'Ateneo: <u>http://www.unina.it /ateneo/statuto-e- normativa/privacy</u>.

MODULO DI ISCRIZIONE
(da compilare in stampatello o dattiloscritta)

	Al Magnifico Rettore **dell'Università degli Studi di Napoli Federico II** **Ufficio Scuole di Specializzazione e Master** **Via Mezzocannone, 16** **80134 - Napoli**
Oggetto:	**Iscrizione** al Master di II livello in **"CHIRURGIA DEL PIEDE"** afferente al Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Napoli Federico II, anno accademico 2018/2019.

(*) da compilare a cura dello studente

Applicare Fotografia Firmata

(*) Foto e firma di _____

Nato/a a _____ prov _____

Il _____;

(*) Estremi di un valido documento di riconoscimento: tipo _____ n._____

Rilasciato da _____ Validità _____

Firma del candidato: _____

L'impiegato: _____
data e firma

TIMBRO
di ricezione

(*) La sottoscrizione della suddetta dichiarazione resa da parte dell'interessato in presenza del Funzionario accettante non necessita di autentica (Legge 15/05/1997 n. 127), ma ad essa segue timbro e firma del funzionario accettante.

La sottoscrizione può essere apposta non in presenza del Funzionario accettante con la presentazione di fotocopia di valido documento di riconoscimento. Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.lgvo n. 196/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e, comunque, nell'ambito delle attività istituzionali dell'Università degli Studi di Napoli Federico II. All'interessato competono i diritti di cui all'art. 7 del citato decreto legislativo.

RICEVUTA DI AVVENUTA CONSEGNA

***(a cura dello studente)**

* Il/la Dott./ssa _____ in data _____ ha provveduto alla consegna della domanda di iscrizione al corso di Master di II livello in **"CHIRURGIA DEL PIEDE"** afferente al Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Napoli Federico II, anno accademico **2018/2019.**

a cura della Segreteria Amministrativa

timbro

Firma e timbro di ricezione _____