

MODULO DI ISCRIZIONE

(da compilare in stampatello o dattiloscritto)

Marca da bollo da
€ 16,00
(ove non assolta
in modo virtuale)

Codice Master

Matricola

ZPR



**Al Magnifico Rettore
dell'Università degli Studi di Napoli Federico II
Ufficio Scuole di Specializzazione e Master
specializzazioni.master@unina.it
specializzazioni.master@pec.unina.it**

OGGETTO: Iscrizione al Master di II livello in "VACCINOLOGIA" afferente al Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Napoli Federico II, anno accademico **2019/2020**.

Il/la sottoscritto/a _____
(indicare cognome e nome)

CHIEDE

di essere iscritto/a, per l'a.a. **2019/2020**, 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, precisa *(compilare la parte che interessa)*:

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 _____

