

**MODULO DI ISCRIZIONE**

*(da compilare in stampatello o dattiloscritto)*

Codice Master

Matricola

*(a cura dell'ufficio)*

**ZQE**



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

**OGGETTO:**

Iscrizione al Master biennale di II livello in "**ANDROLOGIA E MEDICINA DELLA RIPRODUZIONE E SESSUALITÀ**" afferente al Dipartimento di Medicina Clinica e Chirurgia dell'Università degli Studi di Napoli Federico II, anno accademico **2020/2021**.

**Il/la sottoscritto/a** \_\_\_\_\_

*(indicare cognome e nome)*

**CHIEDE**

di essere iscritto/a, per l'a.a. **2020/2021**, al corso biennale 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. 2 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 vigente al D.M. 509/1999 e succ. mod. ed int., in data \_\_\_\_\_, presso \_\_\_\_\_ con la votazione finale di \_\_\_\_\_ /110 \_\_\_\_\_

**OVVERO**

di essere in possesso della laurea L/S n. \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ appartenente alla classe delle lauree

