

MODULO DI ISCRIZIONE

(da compilare in stampatello o dattiloscritto)

Codice Master

Matricola

ZDE



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 "**GALENICA MAGISTRALE ED OFFICINALE**"
affidente al Dipartimento di Farmacia dell'Università degli Studi di Napoli
Federico II, a.a. **2020/2021**.

Il/la sottoscritto/a _____

(indicare cognome e nome)

CHIEDE

di essere iscritto/a, per l'a.a. **2020/2021**, 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.**

II / /

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 _____

