

(da compilare in stampatello o dattiloscritto)

Matricola**Z39****OGGETTO:**

Iscrizione al Master di II livello in "**SVILUPPO PRECLINICO E CLINICO DEL FARMACO E MONITORAGGIO POST-MARKETING**" afferente al Dipartimento di Farmacia 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 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

[illegible][illegible][illegible]

II			/			/				
----	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

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 previgente al D.M. 509/1999 e succ. mod. ed int., in data _____, presso _____ con la votazione finale di _____/110 _____

OVERO

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

