

# AVVISO

Elenco dei candidati ammessi al Corso di Perfezionamento in “**HEALTHCARE RISK MANAGEMENT E PATIENT SAFETY**” da attivare presso il Dipartimento di Sanità Pubblica dell’Università degli Studi di Napoli “Federico II” per l’a.a. 2021/2022:

COGNOME	NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	AMMESSO/ NON AMMESSO
CAVALLO	ROSSANA	SALERNO	01/01/1961	NON AMMESSA
DE LUCA	GIUSEPPINA	POMIGLIANO D'ARCO (NA)	23/07/1966	AMMESSA
DI SARNO	SALVATORE	MARCIANISE (CE)	05/12/1983	AMMESSO
ESPOSITO	GENNARO	NAPOLI	03/04/1976	AMMESSO
FERRANTE	BARTOLOMEO	SAN FELICE A CANCELLO (CE)	27/10/1992	AMMESSO
GENNARELLI	NICOLA	ATRIPALDA (AV)	06/02/1974	AMMESSO
MARANO	GABRIELE	TORONTO (CDN)	20/05/1977	AMMESSO
MAURIELLO	FRANCESCA	MUGNANO (NA)	30/04/1988	AMMESSA
MAZZEI	GIOVANNI	NAPOLI	19/05/1994	AMMESSO
MESSINEO	GIUSEPPE	REGGIO CALABRIA	05/12/1989	AMMESSO
NARDO	ALFONSO	NAPOLI	04/07/1994	AMMESSO
OTTAIANO	MARIA	NAPOLI	11/09/1984	AMMESSA
PASCUCCI	RICCARDO	BENEVENTO	03/04/1979	AMMESSO
PEZZULO	LAURA	CASTELLABATE (SA)	30/03/1983	AMMESSA
SETTEMBRE	GIULIANA	NAPOLI	14/12/1984	AMMESSA
TALAMO	ERSILIA	NAPOLI	11/02/1965	AMMESSA
ZAPPARELLA	ROSANNA	VILLARICCA (NA)	23/04/1966	AMMESSA

Per il perfezionamento della pratica d’iscrizione, oltre al pagamento sotto riportato, gli ammessi dovranno provvedere a consegnare al Dipartimento di Sanità Pubblica la seguente documentazione:

1. domanda di iscrizione, regolarmente firmata e datata, con **marca da bollo da € 16,00** apposta nell’apposito riquadro, utilizzando il modello allegato;
2. ricevuta di avvenuto versamento della **rata di iscrizione**, pari ad **€ 700,00 (settecento/00)**, da effettuarsi in unica soluzione sul conto corrente bancario IBAN **IT73L0306903594100000046085 – INTESA SAN PAOLO SPA - Agenzia Il Policlinico** intestato al Dipartimento di Sanità Pubblica – causale: **Corso di Perfezionamento in “HEALTHCARE RISK MANAGEMENT E PATIENT SAFETY” A.A. 2021-2022;**
3. una fotocopia fronte retro di un valido documento di riconoscimento.

La consegna della sopracitata documentazione dovrà avvenire con una delle seguenti modalità:

1. **consegna diretta, entro le ore 12:00 del 09.09.2022**, alla Segreteria Didattica del Dipartimento Sanità Pubblica c/o Azienda Ospedaliera Universitaria - via S. Pansini n. 5 – Ed. 19, piano 18, 80131 Napoli. In caso di impossibilità di recarsi personalmente, il discente potrà delegare per iscritto, con annessa copia di un proprio documento di riconoscimento, altra persona;
2. **spedizione, entro il 09.09.2022**, a mezzo corriere espresso o raccomandata a/r assicurata, in busta chiusa riportante esternamente la dicitura **“domanda di iscrizione al Corso di Perfezionamento in ‘HEALTHCARE RISK MANAGEMENT E PATIENT SAFETY’ A.A. 2021-2022”** ed indirizzata a: Segreteria Didattica del Dipartimento Sanità Pubblica c/o Azienda Ospedaliera Universitaria - via S. Pansini n. 5 – Ed. 19, piano 18, 80131 Napoli.

**La spedizione dovrà essere preceduta dalla trasmissione, entro le ore 12:00 del 09.09.2022**, all’indirizzo [postlaurea.sanitapubblica@unina.it](mailto:postlaurea.sanitapubblica@unina.it), della scansione della documentazione in questione, inserendo nell’oggetto la seguente dicitura: **anticipazione domanda iscrizione Corso di Perfezionamento in “HEALTHCARE RISK MANAGEMENT E PATIENT SAFETY” A.A. 2021-2022.**

**Si allega modello domanda di iscrizione**

APPORRE MARCA DA  
BOLLO DA € 16,00

Al Direttore del Dipartimento  
di Sanità Pubblica  
dell'Università degli Studi di  
Napoli Federico II

## Domanda di iscrizione

**al Corso di Perfezionamento in "HEALTHCARE RISK MANAGEMENT E PATIENT SAFETY"  
A.A. 2021-2022**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_,

nat \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), residente

in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) alla Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_,

C.F. \_\_\_\_\_ cell (o, in mancanza, tel.) \_\_\_\_\_,

pec: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_.

mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_.

### CHIEDE

di perfezionare l'iscrizione al Corso di Perfezionamento in "HEALTHCARE RISK MANAGEMENT E PATIENT SAFETY" da attivare presso codesto Dipartimento per l'a.a. 2021/2022.

Allega alla presente:

- ricevuta del versamento del contributo di iscrizione;
- fotocopia fronte/retro del documento di identità.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

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

I dati raccolti con il presente modulo 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 competono i diritti di cui agli art. 15-22 del Regolamento UE.

Titolare del trattamento è l'Università, nelle persone del Rettore e del Direttore Generale, in relazione alle specifiche competenze. Esclusivamente al fine di segnalare eventuali violazioni nel trattamento dei propri dati personali, è possibile contattare il Titolare al seguente indirizzo:

[ateneo@pec.unina.it](mailto:ateneo@pec.unina.it); oppure il Responsabile della Protezione dei Dati: [rpd@unina.it](mailto:rpd@unina.it); PEC: [rpd@pec.unina.it](mailto:rpd@pec.unina.it).

Per le informazioni e/o eventuali chiarimenti sul presente procedimento si chiede invece di scrivere al seguente indirizzo: [dip.sanitapubblica@unina.it](mailto:dip.sanitapubblica@unina.it)