



Al Magnifico Rettore
Università degli Studi di Napoli
Federico II

Matricola

S	7	5	/																
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Il/la sottoscritto/a _____

(cognome e nome)

nato/a a _____ prov. _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ prov. _____ Cap. _____

Via _____ n° ____ cod. fisc.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tel. _____ Cel. _____ indirizzo e-mail _____

consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, nonché della decadenza del beneficio eventualmente conseguito per effetto della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000),

CHIEDE

di essere immatricolato, per l'a.a. 2022/2023 al I anno della Scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera. Il/la sottoscritto/a, a tal fine,

DICHIARA

1) di essere in possesso del:

Diploma di Laurea (DL – c.d. vecchio ordinamento), conseguita secondo le modalità precedenti all'entrata in vigore del D.M. n. 509/99, in **Farmacia** o **Chimica e Tecnologia Farmaceutiche**, in data _____, presso _____, con votazione _____;

Laurea Specialistica (LS), appartenente a alla classe 14/S in Farmacia e Farmacia Industriale, conseguita secondo le modalità successive all'entrata in vigore del D.M. n. 509/99 in data _____, presso _____, con votazione _____;

Laurea Magistrale (LM), appartenente alla Classe LM-13 in Farmacia e Farmacia Industriale, conseguita secondo le modalità di cui al D.M. 270/2004, in data _____, presso _____, con votazione _____;

2) di non trovarsi in una situazione tale da determinare, con l'iscrizione stessa, la violazione di quanto disposto dalla Legge 12 aprile 2022 n. 33 e relativi decreti attuativi in merito alla contemporanea iscrizione alla suddetta Scuola di Specializzazione e ad altro corso di studio, così come previsto dalla normativa vigente.

Inoltre DICHIARA

Di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di Farmacista conseguita nell'anno _____, _____ sessione presso l'_____ ovvero di non essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di Farmacista

Il/la sottoscritto/a, **allega alla presente** (barrare la casella che interessa):

copia fronte/retro di un proprio **documento di riconoscimento** in corso di validità;

attestazione comprovante l'avvenuto pagamento della **I rata** delle tasse e contributi e **della tassa regionale** per il diritto allo studio universitario .

Il sottoscritto, infine, chiede di voler ricevere eventuali comunicazioni relative alla presente iscrizione al seguente recapito, impegnandosi a segnalare eventuali successive eventuali variazioni dello stesso (indicare via, piazza, ecc. , numero civico, città , C.A.P, provincia, numero di telefono ed indirizzo e-mail):

Napoli, ____ / ____ / _____

Firma dello studente _____

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

I dati raccolti nel 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/a competono i diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento UE.

Titolare del trattamento è l'Università nelle persone del Rettore e del Direttore Generale, in relazione alla specifiche competenze. Per contattare il Titolare potrà inviarsi una email al seguente indirizzo: ateneo@pec.unina.it; oppure al Responsabile della Protezione dei Dati: rpv@unina.it; PEC: rpv@pec.unina.it

Le informazioni complete relative al trattamento dei dati personali raccolti, sono riportate sul sito dell'Ateneo: <http://www.unina.it/ateneo/statuto-e-normativa/privacy>