

AVVISO

Elenco dei candidati ammessi al Corso di Perfezionamento in “**DIRIGENTI SANITARI DEI SERVIZI TERRITORIALI**” da attivare presso il Dipartimento di Sanità Pubblica dell’Università degli Studi di Napoli “Federico II” per l’a.a. 2022/2023:

COGNOME E NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	AMMESSO/ NON AMMESSO
AMMIRATI SILVIA	NAPOLI	13/10/1980	AMMESSA
ASCIONE MARGHERITA	NAPOLI	10/05/1965	AMMESSA
CASTALDO ANTONIO	NAPOLI	21/10/1978	AMMESSO
CIARAVOLO DOMENICO	NAPOLI	25/10/1975	AMMESSO
D'ALBORE FRANCESCO	NAPOLI	20/07/1964	AMMESSO
D'AMBROSIO MATTEO	NOCERA INFERIORE (SA)	09/03/1993	AMMESSO
DE MICHINO FABIO	NAPOLI	25/09/1983	AMMESSO
DE ROSA VALENTINO	NAPOLI	21/05/1996	AMMESSO
DELL'AVERSANA SERENA	CASERTA	25/02/1989	AMMESSA
ESPOSITO PASQUALE	NAPOLI	29/06/1987	AMMESSO
ESPOSITO VALERIO	NAPOLI	19/03/1985	AMMESSO
FUNARO IOLANDA	NAPOLI	17/04/1980	AMMESSA
LUCIANO AURELIA	CAPUA (CE)	23/08/1966	AMMESSA
MANZI CARLO	CASSINO (FR)	05/05/1983	AMMESSO
MATTIA SARA	OLIVETO CITRA (SA)	30/06/1991	AMMESSA
MEROLA CANDIDA	VALLO DELLA LUCANIA (SA)	14/09/1974	AMMESSA
NIGLIO LUIGI	CERCOLA (NA)	02/04/1983	AMMESSO
PICCIRILLO SALVATORE	CASERTA	22/04/1971	AMMESSO
PISANTI ANTONELLA	CASERTA	23/05/1982	AMMESSA
ROMANO GIUSEPPE	POLLENA TROCCHIA (NA)	29/08/1984	AMMESSO
SACCONE GIOVANNA	SANT'AGATA DEI GOTI (BN)	23/02/1977	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 **€ 1.000,00 (mille/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 “DIRIGENTI SANITARI DEI SERVIZI TERRITORIALI” A.A. 2022-2023**;
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 10.03.2023**, 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 10.03.2023**, a mezzo corriere espresso o raccomandata a/r assicurata, in busta chiusa riportante esternamente la dicitura **“domanda di iscrizione al Corso di Perfezionamento in “DIRIGENTI SANITARI DEI SERVIZI TERRITORIALI” A.A. 2022-2023”** 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 10.03.2023, all'indirizzo postlaurea.sanitapubblica@unina.it, della scansione della documentazione in questione, inserendo nell'oggetto la seguente dicitura: **anticipazione domanda iscrizione Corso di Perfezionamento in “DIRIGENTI SANITARI DEI SERVIZI TERRITORIALI” A.A. 2022-2023**.

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 "DIRIGENTI SANITARI DEI SERVIZI TERRITORIALI"
A.A. 2022-2023**

Il/La sottoscritt _____,
nat_ il _____, a _____ (____), residente
in _____ (____) alla Via _____
c.a.p. _____, C.F. _____ cell (o, in mancanza, tel.)
_____, pec da utilizzare per comunicazioni inerenti il Corso (o, in mancanza,
mail) _____.

CHIEDE

di perfezionare l'iscrizione al Corso di Perfezionamento in "DIRIGENTI SANITARI DEI SERVIZI TERRITORIALI" da attivare presso codesto Dipartimento per l'a.a. 2022/2023.

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; oppure il Responsabile della Protezione dei Dati: rpd@unina.it; PEC: 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