

MODULO DI ISCRIZIONE

(da compilare in stampatello o dattiloscritto)

Codice Master

Matricola

(a cura dell'ufficio)

ZGT



Al Magnifico Rettore
dell'Università degli Studi di Napoli Federico II
Ufficio Scuole di Specializzazione e Master

iscrizionism@unina.it

OGGETTO:

Iscrizione al Master di II livello in "Malattie infiammatorie cutanee croniche: inquadramento diagnostico, terapeutico, appropriatezza prescrittiva e modelli di gestione del centro di riferimento territoriale" afferente al Dipartimento di Medicina Clinica e Chirurgia dell'Università degli studi di Napoli Federico II, a.a. **2022/2023**

II/la sottoscritto/a _____

(indicare cognome e nome)

CHIEDE

di essere iscritto/a, per l'a.a. **2022/2023**, 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. 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_____

OVVERO

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

