MODULO DI ISCRIZIONE
(da compilare in stampatello o dattiloscritto)

Codice Master	Matricola *(a cura dell'ufficio)*
ZTQ	

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

E-mail: iscrizionism@unina.it

OGGETTO: Iscrizione al Master di II livello in **"*TRATTAMENTO DELL'ANSIA, DEL DOLORE E DELLE EMERGENZE MEDICHE IN ODONTOIATRIA: APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE*"** afferente al Dipartimento di Neuroscienze e Scienze Riproduttive ed Odontostomatologiche dell'Università degli Studi di Napoli Federico II, anno accademico **2022/2023.**

Il/la sottoscritto/a_____
(indicare cognome e nome)

C H I E D E

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) **Cognome** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nome ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Cod. fisc. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **Sesso** ☐ ☐

Nat_ a ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **Prov.** ☐☐☐

Il ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Per i cittadini stranieri indicare anche lo Stato ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

2) di essere in possesso dei requisiti per l'ammissione prescritti dall'art. 2 del bando di concorso indicato in oggetto. In particolare, precisa *(compilare la parte che interessa)*:

☐ di essere in possesso del diploma di laurea (vecchio ordinamento) in _____, secondo l'ordinamento previgente al D.M. 509/1999 e succ. mod. ed int., in data _____, presso _____ _____ con la votazione finale di _____/110 _____

☐ di essere in possesso della laurea in _____ appartenente alla classe delle Lauree Specialistiche n. _____ in_____ conseguita in data _____ presso _____ _____ con la votazione finale di _____/110____

☐ di essere in possesso della laurea in _____ appartenente alla classe delle Lauree Magistrali in _____ conseguita in data _____ presso _____ _____ con la votazione finale di _____/110____

E

di aver conseguito **l'abilitazione all'esercizio della professione medica/odontoiatrica** in data _____ presso _____;

Il/la sottoscritto/a, inoltre,
(ai fini della eventuale richiesta di contemporanea iscrizione ai sensi della normativa vigente)

DICHIARA

☐ di essere iscritto ☐ di non essere iscritto ad altro corso di studio.

(Se iscritto ad altro corso, specificarne la tipologia, l'Ateneo di afferenza e l'anno di iscrizione)
_____
_____
_____

Il/la sottoscritto/a, allega alla presente domanda di iscrizione:

a) **copia** fronte/retro di un proprio documento di identità in corso di validità debitamente firmato;
b) attestazione comprovante l'avvenuto **pagamento** della prima rata di iscrizione pari ad € 2.516,00 (comprensiva dell'imposta di bollo da € 16,00 assolta in modo virtuale) e della tassa regionale per il diritto allo studio universitario pari ad € 160,00.

A tal fine, chiede di voler ricevere eventuali comunicazioni relative alla presente iscrizione al seguente **recapito**, impegnandosi, a segnalare successive variazioni dello stesso: (**indicare via, piazza ecc., numero civico, città, C.A.P., provincia, numero di telefono di rete fissa e/o mobile ed e-mail)**:

_____ **Firma:** _____
(Data)

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. Titolare del trattamento è l'Università, nelle persone del Rettore e del Direttore Generale, in relazione alle specifiche competenze. Esclusivamente per problematiche inerenti ad un trattamento non conforme ai propri dati personali, è possibile contattare il Titolare inviando una e-mail al seguente indirizzo: ateneo@pec.unina.it; oppure al Responsabile della Protezione dei Dati: rpd@unina.it; PEC: rpd@pec.unina.it. Per qualsiasi altra istanza relativa al procedimento in questione deve essere contattato invece l'Ufficio Scuole di Specializzazione e Master: specializzazioni.master@unina.it; specializzazioni.master@pec.unina.it.
Agli interessati competono i diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento UE. 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.