

MODULO DI ISCRIZIONE

(da compilare in stampatello o dattiloscritto)

Codice Master

Matricola

(a cura dell'ufficio)

Z39



**Al Magnifico Rettore
dell'Università degli Studi di Napoli Federico II
Ufficio Scuole di Specializzazione e Master
specializzazioni.master@unina.it
specializzazioni.master@pec.unina.it**

OGGETTO:

Iscrizione al Master di II livello in "**SVILUPPO PRECLINICO E CLINICO
DEL FARMACO E MONITORAGGIO POST-MARKETING**" afferente al
Dipartimento di Farmacia dell'Università degli Studi di Napoli
Federico II, anno accademico **2022/2023**.

Il/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) **Cognome**

Nome

Cod. fisc. **Sesso** **F** **M**

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 _____

