

## **MODULO DI ISCRIZIONE**

(da compilare in stampatello o dattiloscritto)

Codice Master

**ZM7**



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

[iscrizionism@unina.it](mailto:iscrizionism@unina.it)

**OGGETTO:** Iscrizione al Master di II livello in "**Medicina Estetica**" afferente al Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università degli studi di Napoli Federico II, a.a. **2023/2024**

**Il/la sottoscritto/a** \_\_\_\_\_

(indicare cognome e nome)

### **C H I E D E**

di essere iscritto/a, per l'a.a. **2023/2024**, 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 <sup>(1)</sup>:

**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 specialistiche in \_\_\_\_\_ o della laurea magistrale LM n. \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

