

MODULO DI ISCRIZIONE

(da compilare in stampatello o dattiloscritto)

Codice Master

ZIL



**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 I livello in "**WOUND CARE ORIENTATO ALLA MEDICINA
E CHIRURGIA RIGENERATIVA**" 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 I 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 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____

☐ di essere in possesso della laurea in _____
_____ appartenente alla classe delle lauree triennali ex DM 509/99 n.
_____ in _____ conseguita in data
_____ presso _____ con la
votazione finale di ____/110____

☐ di essere in possesso della laurea in _____
_____ appartenente alla classe delle lauree triennali (L) ex DM

