

(da compilare in stampatello o dattiloscritto)

LPZ



iscrizionism@unina.it

Iscrizione al Master di I livello in **"Team chirurgico di sala operatoria in chirurgia mini-invasiva e robotica pediatrica e dell'adolescente"** afferente al Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali dell'Università degli studi di Napoli Federico II, a.a. **2024/2025.**

(indicare cognome e nome)

di essere iscritto/a, per l'a.a. **2024/2025**, 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)**:

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 L/S n. _____ in _____ appartenente alla classe delle lauree specialistiche in _____ o della laurea magistrale LM n. _____ in _____ appartenente alla classe delle lauree magistrali in _____, conseguita in data _____

