

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI FEDERICO II

Ufficio Dottorato, Assegni e Borse di Studio



**Al Magnifico Rettore
dell'Università degli Studi di
Napoli Federico II**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RELATIVA ALL'ISCRIZIONE AL CORSO DI DOTTORATO DI RICERCA

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa _____
(cognome) (nome)

nato/a a _____ (_____)
(luogo) (provincia)

il _____ domiciliato in _____ alla via _____
(data) (luogo)

_____ tel. _____ indirizzo di
posta elettronica _____ @ _____ C.F. _____ ;

essendo stato dichiarato vincitore del concorso di ammissione al Dottorato di Ricerca in _____

istituito presso codesto Ateneo - XXVI ciclo - chiede di essere ammesso/a al citato corso di dottorato e di optare, in ordine di preferenza, per i seguenti indirizzi in cui si articola il dottorato:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 per il caso di dichiarazioni false o mendaci, ed essendo a conoscenza che in caso di false dichiarazioni **decadrà dai benefici ottenuti** in conseguenza dell'accoglimento della presente istanza,

DICHIARA

- di essere cittadino/a italiano/a;
- di essersi laureato/a in _____ all'Università degli Studi di _____ in data _____ con voti ____/110
- di non essere iscritto ad un corso di laurea, di laurea specialistica o magistrale, di specializzazione non medica o di dottorato di ricerca e di impegnarsi, per tutta la durata del corso, a non iscriversi ai citati corsi;
- di essere/non essere iscritto ad un master universitario (*in caso affermativo indicare l'Università presso la quale si è iscritti: Università di _____ ed allegare una istanza in cui si chiede che le attività formative del master possano essere concluse ed essere riconosciute, laddove vi sia sufficiente congruenza scientifica, come percorso formativo sostitutivo del primo anno di attività del corso di dottorato (articolo 29, comma 6, del Regolamento Didattico di Ateneo)*);
- di impegnarsi, per tutta la durata del corso, a non iscriversi ad un master universitario;
- di essere/non essere iscritto ad un corso di specializzazione medica (*in caso affermativo indicare l'Università presso la quale si è iscritti: Università di _____*);
- di essere/non essere titolare di assegno per la collaborazione ad attività di ricerca (*in caso affermativo indicare l'Università presso la quale è svolta l'attività di collaborazione: Università di _____*);
- di essere a conoscenza che, a conclusione del corso, come previsto dall'articolo 26 del Regolamento di Ateneo di disciplina del dottorato di ricerca, l'Università archiverà e renderà consultabile in rete il testo completo della propria tesi di dottorato, attraverso l'Archivio istituzionale ad accesso aperto.

Dichiara, infine, di essere consapevole che, ai sensi del D.Lgs. 196/03, i dati personali forniti saranno utilizzati dall'Amministrazione universitaria solo per i fini istituzionali e che, in particolare, gli competono i diritti di cui all'articolo 7 del citato decreto legislativo.

Allega alla presente una foto tessera e la fotocopia di un documento di identità.

Data _____

Firma
