

MODULO DI ISCRIZIONE


(da compilare in stampatello o dattiloscritto)



Codice Master

Matricola

XA3

	Al Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Napoli Federico II Ufficio Scuole di Specializzazione e Master Via Mezzocannone, 16 80134 - Napoli
Oggetto:	Master di I livello in "Posturologia Clinica" afferente alla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Napoli Federico II, anno accademico 2011/2012.

Il/la sottoscritto/a _____

(indicare cognome e nome)

CHIEDE

di essere iscritto/a, per l'a.a. 2011/2012, al corso di Master di I livello in "**Posturologia Clinica**" afferente alla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Napoli Federico II. 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. 3 del bando di concorso emanato con Decreto Rettorale n. 2967 del 10 ottobre 2011, così come prorogato con Decreto Rettorale n. 3386 del 13 dicembre 2011.**

In particolare, **precisa** (barrare la casella che interessa):

(da compilare in stampatello o dattiloscritto)

	Al Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Napoli Federico II Ufficio Scuole di Specializzazione e Master Via Mezzocannone, 16 80134 - Napoli
Oggetto:	Master di I livello in "Posturologia Clinica" afferente alla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Napoli Federico II, anno accademico 2011/2012.

(*) da compilare a cura dello studente



(*) Foto e firma di _____

Nato/a a _____ prov _____

Il _____;

(*) Estremi di un valido documento di riconoscimento _____

_____ lì _____ Firma: _____
(Luogo) (data)

L'impiegato addetto _____

(*) La sottoscrizione della suddetta dichiarazione resa da parte dell'interessato in presenza del Funzionario accettante non necessita di autentica (Legge 15/05/1997 n. 127), ma ad essa segue timbro e firma del funzionario accettante.

La sottoscrizione può essere apposta non in presenza del Funzionario accettante con la presentazione di fotocopia di valido documento di riconoscimento. Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.lgvo n. 196/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e, comunque, nell'ambito delle attività istituzionali dell'Università degli Studi di Napoli Federico II. All'interessato competono i diritti di cui all'art. 7 del citato decreto legislativo.

RICEVUTA DI AVVENUTA CONSEGNA

***(a cura dello studente)**

* Il/la Dott./ssa _____

in data _____ ha provveduto, alla consegna della domanda di iscrizione al corso di Master di I livello in “Posturologia Clinica” afferente alla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell’Università degli Studi di Napoli Federico II, anno accademico 2011/2012.

a cura della Segreteria Amministrativa

Firma e timbro di ricezione _____

