

## MODULO DI ISCRIZIONE

(da compilare in stampatello o dattiloscritto)



Codice Master

Matricola

**XD7**

	<b>Al Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Napoli Federico II Ufficio Scuole di Specializzazione e Master Via Mezzocannone, 16 80134 - Napoli</b>
<b>Oggetto:</b>	<b>Master di II livello in "Terapia multidisciplinare delle patologie temporomandibolari, occlusali e posturali" afferente alla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Napoli Federico II, anno accademico 2011/2012.</b>

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

(indicare cognome e nome)

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

di essere iscritto/a, per l'a.a. 2011/2012, al corso di Master di II livello in "**Terapia multidisciplinare delle patologie temporomandibolari, occlusali e posturali**" 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. 2440 del 04 ottobre 2011, così come prorogato con decreto rettorale n. 3612 del 23 dicembre 2011.**

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



(da compilare in stampatello o dattiloscritto)

	<b>Al Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Napoli Federico II Ufficio Scuole di Specializzazione e Master Via Mezzocannone, 16 80134 - Napoli</b>
<b>Oggetto:</b>	<b>Master di II livello in "Terapia multidisciplinare delle patologie temporomandibolari, occlusali e posturali" afferente alla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Napoli Federico II, anno accademico 2011/2012.</b>

**(\*) 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 II livello in "Terapia multidisciplinare delle patologie temporomandibolari, occlusali  
e posturali" 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 \_\_\_\_\_

