

AVVISO

Elenco dei candidati ammessi al Corso di Perfezionamento in “**HEALTHCARE RISK MANAGEMENT E PATIENT SAFETY**” da attivare presso il Dipartimento di Sanità Pubblica dell’Università degli Studi di Napoli “Federico II” per l’a.a. 2022/2023:

COGNOME	NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	AMMESSO/ NON AMMESSO
Cascone	Giuseppa	Castellammare di Stabia (NA)	05/08/1980	AMMESSO
Ceglia	Antonio	Avellino (NA)	24/10/1983	AMMESSO
Cosenza	Luigi	Castellammare di Stabia (NA)	17/07/1969	AMMESSO
Cosmai	Paola	Napoli	23/06/1968	AMMESSO
Costagliola Di Polidoro	Angela	Napoli	24/12/1992	AMMESSO
Cozzolino	Armando	Napoli	05/09/1983	AMMESSO
Balia	Michele	Castellammare di Stabia (NA)	25/06/1991	AMMESSO
De Luca	Benedetta Pia	San Giovanni Rotondo (FG)	05/06/1995	AMMESSO
Della Brenda Milito	Anna	Nocera Inferiore (SA)	14/12/1988	AMMESSO
Di Salvo	Giovanni	Napoli	08/06/1967	AMMESSO
Diana	Luca	Napoli	22/10/1982	AMMESSO
Donato	Umberto	Benevento	23/02/1995	AMMESSO
Formisano	Concetta	Torre del Greco (NA)	20/08/1980	AMMESSO
Improta	Alessandra	Napoli	04/03/1998	AMMESSO
Lano	Vanessa	Salerno	31/12/1988	AMMESSO
La Sala	Francesco	Atripalda (AV)	14/06/1989	AMMESSO
Macorano	Enrica	Nardò (Lecce)	16/03/1991	AMMESSO
Manna	Antonella	Napoli	16/06/1995	AMMESSO
Marano	Gabriele	Toronto (Canada)	20/05/1977	AMMESSO
Perrino	Mauro	Pomigliano D'Arco (NA)	06/04/1991	AMMESSO
Pisani	Noemi	Torre del Greco (NA)	09/10/1995	AMMESSO
Russo	Michela	Maddaloni (CE)	19/04/1995	AMMESSO
Salzano	Vanessa	Napoli	04/02/1976	AMMESSO
Saviano	Marianna	Napoli	17/06/1987	AMMESSO
Sementa	Carmen	Avellino	17/05/1974	AMMESSO

Severino	Pasquale	Napoli	19/11/1978	AMMESSO
Trunfio	Rosa	Napoli	07/10/1973	AMMESSO
Esposito	Alessandro	Napoli	23/03/1980	AMMESSO
Cavallo	Rossana	Salerno	01/01/1961	AMMESSO

Per il perfezionamento della pratica d'iscrizione, oltre al pagamento sotto riportato, gli ammessi dovranno provvedere a consegnare al Dipartimento di Sanità Pubblica la seguente documentazione:

1. domanda di iscrizione, regolarmente firmata e datata, con **marca da bollo da € 16,00** apposta nell'apposito riquadro, utilizzando il modello allegato;
2. ricevuta di avvenuto versamento della **rata di iscrizione**, pari a **€ 700,00 (settecento/00)**, fatto salvo quanto previsto dall'art. 9 comma 3 del bando - DR/2023/1780 del 15/05/2023, da effettuarsi in unica soluzione sul conto corrente bancario IBAN **IT73L0306903594100000046085 – INTESA SAN PAOLO SPA - Agenzia II Policlinico** intestato al Dipartimento di Sanità Pubblica – causale: **Corso di Perfezionamento in "HEALTHCARE RISK MANAGEMENT E PATIENT SAFETY" A.A. 2022-2023**;
3. una fotocopia fronte retro di un valido documento di riconoscimento.

La consegna della sopracitata documentazione dovrà avvenire con una delle seguenti modalità:

1. **consegna diretta, entro le ore 12:00 del 09.10.2023**, alla Segreteria Didattica del Dipartimento Sanità Pubblica c/o Azienda Ospedaliera Universitaria - via S. Pansini n. 5 – Ed. 19, Corpo Basso Nord I piano, 80131 Napoli. In caso di impossibilità di recarsi personalmente, il discente potrà delegare per iscritto, con annessa copia di un proprio documento di riconoscimento, altra persona;
2. **spedizione, entro il 09.10.2023**, a mezzo corriere espresso o raccomandata a/r assicurata, in busta chiusa riportante esternamente la dicitura **"domanda di iscrizione al Corso di Perfezionamento in 'HEALTHCARE RISK MANAGEMENT E PATIENT SAFETY' A.A. 2022-2023"** ed indirizzata a: Segreteria Didattica del Dipartimento Sanità Pubblica c/o Azienda Ospedaliera Universitaria - via S. Pansini n. 5 – Ed. 19 Corpo Basso Nord I piano, 80131 Napoli. **La spedizione dovrà essere preceduta dalla trasmissione, entro le ore 12:00 del 09.10.2023**, all'indirizzo postlaurea.sanitapubblica@unina.it, della scansione della documentazione in questione, inserendo nell'oggetto la seguente dicitura: **anticipazione domanda iscrizione Corso di Perfezionamento in "HEALTHCARE RISK MANAGEMENT E PATIENT SAFETY" A.A. 2022-2023**.

Si allega modello domanda di iscrizione

APPORRE MARCA DA
BOLLO DA €. 16,00

Al Direttore del Dipartimento
di Sanità Pubblica
dell'Università degli Studi di
Napoli Federico II

Domanda di iscrizione

al Corso di Perfezionamento in "HEALTHCARE RISK MANAGEMENT E PATIENT SAFETY"
A.A. 2022-2023

Il/La sottoscritt _____,

nat_ il _____, a _____ (____), residente

in _____ (____) alla Via _____ CAP _____,

C.F. _____ cell (o, in mancanza, tel.) _____,

pec: _____@_____.

mail: _____@_____.

CHIEDE

di perfezionare l'iscrizione al Corso di Perfezionamento in "HEALTHCARE RISK MANAGEMENT E PATIENT SAFETY" da attivare presso codesto Dipartimento per l'a.a. 2022/2023.

Allega alla presente:

- ricevuta del versamento del contributo di iscrizione;
- fotocopia fronte/retro del documento di identità.

Data _____

Firma _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 679/2016 recante norme sul trattamento dei dati personali.

I dati raccolti con il presente modulo sono trattati ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati 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 agli art. 15-22 del Regolamento UE.

Titolare del trattamento è l'Università, nelle persone del Rettore e del Direttore Generale, in relazione alle specifiche competenze. Esclusivamente al fine di segnalare eventuali violazioni nel trattamento dei propri dati personali, è possibile contattare il Titolare al seguente indirizzo:

ateneo@pec.unina.it; oppure il Responsabile della Protezione dei Dati: rpdp@unina.it; PEC: rpdp@pec.unina.it.

Per le informazioni e/o eventuali chiarimenti sul presente procedimento si chiede invece di scrivere al seguente indirizzo: dip.sanitapubblica@unina.it