

MODULO DI ISCRIZIONE

(da compilare in stampatello o dattiloscritto)

Codice Master

ZJX



**Al Magnifico Rettore
dell'Università degli Studi di Napoli Federico II
Ufficio Scuole di Specializzazione e Master
E-mail: iscrizionism@unina.it**

OGGETTO: Iscrizione al Master di II livello in "**ABILITANTE PER LE FUNZIONI DI MEDICO COMPETENTE**" afferente al Dipartimento di Medicina Clinica e Chirurgia dell'Università degli Studi di Napoli Federico II, a.a. **2023/2024**

Il/la sottoscritto/a _____
(indicare cognome e nome)

CHIEDE

di essere iscritto/a, per l'a.a. **2023/2024**, al corso di Master di II 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) **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 per l'ammissione prescritti dall'art. 2 del bando di concorso indicato in oggetto. In particolare, precisa *(compilare la parte che interessa)*:

di essere in possesso del diploma di laurea (vecchio ordinamento) in _____, secondo l'ordinamento previgente al D.M. 509/1999 e succ. mod. ed int., in data _____, presso _____ con la votazione finale di _____/110 _____

OVVERO

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 _____ presso _____ con la votazione finale di _____/110 _____ (ai sensi degli ordinamenti didattici di cui ai DD.MM. nn. 509/99 e 270/2004 e ss. mm. ii.)

