

MODULO DI ISCRIZIONE

(da compilare in stampatello o dattiloscritto)

Codice Master

KDD



**Al Magnifico Rettore
dell'Università degli Studi di Napoli Federico II
Ufficio Scuole di Specializzazione e Master**

iscrizionism@unina.it

OGGETTO:

Iscrizione al Master di II livello in "**PharmaForward: gli orizzonti della
farmacia dei servizi**" afferente al Dipartimento di Farmacia 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⁾:

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. 2 del bando di concorso.

In particolare, precisa (compilare la parte che interessa):

☐ di essere in possesso del diploma di laurea (DL) in _____
conseguito, 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 _____

