

# 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. 2023/2024:

COGNOME	NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	AMMESSO/ NON AMMESSO
ANGELONE	DAYANA	CAPUA (CE)	27/07/1995	AMMESSA
BALDASCINO	MARIA	AVERSA (CE)	28/12/1984	AMMESSA
BIANCO	GIUSEPPE	SALEMI (TP)	05/06/1974	AMMESSO
CANTORE	ANTONIO	SARNO (SA)	23/01/1996	AMMESSO
D’ACUNZO	ANNUNZIATA	TORRE DEL GRECO (NA)	30/01/1974	AMMESSA
DI NUZZO	VINCENZO	MADDALONI (CE)	15/07/1998	AMMESSO
GIAMUNDO	VITTORIA	OTTAVIANO (NA)	18/06/1998	AMMESSA
MIRANTE	EMILIO	NAPOLI	07/10/2000	AMMESSO
PICARDI	SALVATORE	MADDALONI (CE)	11/07/1981	AMMESSO
RIPPA	VALERIA	NAPOLI	30/05/1985	AMMESSA
SETTEMBRE	GIULIANA	NAPOLI	14/12/1984	AMMESSA

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 Il Policlinico** intestato al Dipartimento di Sanità Pubblica – causale: **Corso di Perfezionamento in “HEALTHCARE RISK MANAGEMENT E PATIENT SAFETY” A.A. 2023-2024**;
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 10.10.2024**, 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 10.10.2024**, 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. 2023-2024”** 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 10.10.2024**, all’indirizzo [postlaurea.sanitapubblica@unina.it](mailto: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. 2023-2024.**

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. 2023-2024

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. 2023/2024.

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](mailto:ateneo@pec.unina.it); oppure il Responsabile della Protezione dei Dati: [rpdp@unina.it](mailto:rpdp@unina.it); PEC: [rpdp@pec.unina.it](mailto: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](mailto:dip.sanitapubblica@unina.it)