

# AVVISO

Elenco dei candidati ammessi al Corso di Perfezionamento in “MICROCHIRURGIA” 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
Barazarte Sanchez	Dionelys Vanessa	Lara Ven (VEN)	17/05/1990	AMMESSA
Cascino	Andrea Pio	Palermo	03/03/1997	AMMESSO
Castrechini	Marco	Pontecorvo (FR)	08/11/1990	AMMESSO
Citrigno	Giulia	Rossano Calabro (CS)	08/05/1992	AMMESSA
Di Martino	Annalena	Castellammare di Stabia (NA)	17/04/1990	AMMESSA
Di Nola	Gianmarì	Napoli	23/10/1971	AMMESSA
Gravina	Davide	Porretta terme (BO)	03/06/1992	AMMESSO
Lettera	Maria Gabriella	Salerno	07/05/1979	AMMESSA
Maiolo	Giulia	Bordighera (IM)	17/06/1991	AMMESSA
Mariniello	Domenico	Napoli	14/10/1995	AMMESSO
Molle	Marcello	Casarano (Le)	30/06/1995	AMMESSO
Pergolizzi	Tiziano	Roma	15/04/1992	AMMESSO
Putti	Alessandra	Roma	04/09/1994	AMMESSA
Sorbino	Luigi	Napoli	14/06/1993	AMMESSO
Taraschi	Federico	Roma	08/09/1996	AMMESSO
Uderzo	Stefano	Domodossola (VB)	18/02/1996	AMMESSO
Usai	Noemi	Ozieri (SS)	01/10/1992	AMMESSA
Veissi	Gholamhossein	Sarepolezahab (IRN)	16/03/1967	AMMESSO
Zoubi	Mohammad	Israele (ISR)	21/12/1991	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 **€ 2.300,00 (duemilatrecento/00)**, 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 “MICROCHIRURGIA” 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 16.05.2024**, all’Ufficio per la 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 16.05.2024**, a mezzo corriere espresso o raccomandata a/r assicurata, in busta chiusa riportante esternamente la dicitura **“domanda di iscrizione al Corso di Perfezionamento in ‘CHIRURGIA PLASTICA, MEDICINA ESTETICA E RIGENERATIVA GENITALE’ A.A. 2023-2024”** ed indirizzata a: Ufficio per la 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 16.05.2024**, 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 “MICROCHIRURGIA” 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 "MICROCHIRURGIA" 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 "MICROCHIRURGIA" 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: [rpd@unina.it](mailto:rpd@unina.it); PEC: [rpd@pec.unina.it](mailto:rpd@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)