

# 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. 2024/2025:

COGNOME	NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	AMMESSO/ NON AMMESSO
Apollaro	Domenico	Bellizzi (SA)	29/12/1997	<b>AMMESSO</b>
Artefice	Luciano	Caserta	08/08/1991	<b>AMMESSO</b>
Capasso	Alessia	Pollena Trocchia (NA)	15/01/1980	<b>AMMESSA</b>
Chiola	Tony	Salerno	28/08/1977	<b>AMMESSO</b>
De Angelis	Sabrina	Napoli	25/04/1991	<b>AMMESSA</b>
De Mare	Pasquale	Napoli	16/07/1996	<b>AMMESSO</b>
Fabbricatore	Riccardo	Mugnano di Napoli (NA)	25/05/1982	<b>AMMESSO</b>
Ferriero	Gianfranco	S. Maria Capua Vetere (CE)	06/11/1978	<b>AMMESSO</b>
Formisano	Claudio	Cercola (NA)	12/02/1982	<b>AMMESSO</b>
Graziano	Vito	Sarno (SA)	10/08/1994	<b>AMMESSO</b>
Grieco	Claudia	Napoli	05/04/1992	<b>AMMESSA</b>
Magri	Flora	Napoli	09/04/1995	<b>AMMESSA</b>
Maiello	Simona	Napoli	14/07/1998	<b>AMMESSA</b>
Mastrangelo	Antonio	Cremona	18/08/1983	<b>AMMESSO</b>
Palena	Giuseppina	Avellino	15/02/1994	<b>AMMESSA</b>
Stilo	Irene	Milano	11/06/1996	<b>AMMESSA</b>
Tramontano	Giuseppina	Napoli	01/03/1977	<b>AMMESSA</b>
Vernassi	Assunta	Castellammare di Stabia (NA)	26/12/1988	<b>AMMESSA</b>

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)**, da effettuarsi in unica soluzione sul conto corrente bancario IBAN **IT18D0623003543000058329920 – Credit Agricole Italia S.p.A. - Piazza Giovanni Bovio 11 – 80133 – Napoli**, intestato al Dipartimento di Sanità Pubblica – causale: **Corso di Perfezionamento in “HEALTHCARE RISK MANAGEMENT E PATIENT SAFETY” A.A. 2024-2025**;
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 28.07.2025**, 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 28.07.2025**, 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”** 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 28.07.2025**, 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. 2024-2025**.

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. 2024-2025

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. 2024/2025.

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)