

MODULO DI ISCRIZIONE

(da compilare in stampatello o dattiloscritto)

cod. corso **Z74**



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 "**DOLORE OROFACCIALE E DISORDINI TEMPOROMANDIBOLARI: DIAGNOSI E TERAPIA INTEGRATA**" afferente al Dipartimento di Neuroscienze e Scienze Riproduttive e Odontostomatologiche - a.a. **2024/2025**

Il/la sottoscritto/a _____
(INDICARE COGNOME E NOME)

CHIEDE

di essere iscritto/a, per l'a.a. **2024/2025**, 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 ____

di essere in possesso della laurea in _____ appartenente alla
classe delle Lauree Specialistiche n. _____ in _____
conseguita in data _____ presso _____ con
la votazione finale di ____/110 ____

di essere in possesso della laurea in _____
appartenente alla classe delle Lauree Magistrali in _____ conseguita in
data _____ presso _____ con la
votazione finale di ____/110 ____

4) di essere iscritto/a all'**Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri** di _____ dal _____.

(ai fini della eventuale richiesta di contemporanea iscrizione ai sensi della normativa vigente)

di essere iscritto/a di non essere iscritto/a ad altro corso di studio.

[illegible]

(Data)