

MEDICI

**AL MAGNIFICO RETTORE DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI NAPOLI
FEDERICO II**

La/Il sottoscritto/a,

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____

Data di nascita _____

Cittadinanza (solo se straniera) _____

Residenza _____ C.A.P. _____

Città _____ Tel. n. _____

C.F. _____ Cell. n. _____ i

indirizzo e-mail _____

Indirizzo pec _____ -

CODICE IBAN PER ACCREDITO

CHIEDE

alla M.V. di essere immatricolata/o, per l'a.a. _____ / _____,
al PRIMO anno del Corso di Specializzazione in _____
e di sostenere i relativi esami.

Il sottoscritto dichiara:

di essere consapevole che la violazione delle disposizioni in materia di incompatibilità richiamate dal bando di concorso di ammissione alle scuole di area sanitaria- a.a. ____-____-indetto con D.D. n. _____ del _____, è causa di risoluzione anticipata del contratto di formazione specialistica.

Con osservanza

Data _____

Firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ Prov. _____ Cap _____

Via _____ n. _____

CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE DALL'ART. 76 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445 e ss.mm.ii. PER IL CASO DI DICHIARAZIONI FALSE O MENDACI

DICHIARA

• di essere in possesso del diploma di laurea in **Medicina e Chirurgia**
conseguito in data _____ con la votazione di _____
presso l'Università degli Studi di _____;

• di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di
Medico – Chirurgo, conseguita nella _____ sessione dell'anno _____
presso l'Università degli Studi di _____;

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. Titolare del trattamento è l'Università, nelle persone del Rettore e del Direttore Generale, in relazione alle specifiche competenze. Esclusivamente per problematiche inerenti ad un trattamento non conforme ai propri dati personali, è possibile contattare il Titolare inviando una e-mail al seguente indirizzo: ateneo@pec.unina.it; oppure al Responsabile della Protezione dei Dati: rpd@unina.it; PEC: rpd@pec.unina.it. Per qualsiasi altra istanza relativa al procedimento in questione deve essere contattato invece l'Ufficio Scuole di Specializzazione area medica: scsppol@unina.it; PEC: scppol@pec.unina.it. Agli interessati competono i diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento UE. Le informazioni complete, relative al trattamento dei dati personali raccolti, sono riportate sul sito dell'Ateneo: <http://www.unina.it/ateneo/statuto-e-normativa/privacy>.