

MODULO DI ISCRIZIONE*(da compilare in stampatello o dattiloscritto)*

Codice Master

ZLX

**Al Magnifico Rettore
dell'Università degli Studi di Napoli Federico II
Ufficio Scuole di Specializzazione e Master**

iscrizionism@unina.it**OGGETTO:**

Iscrizione al Master di II livello in "**Malattie infiammatorie cutanee croniche: inquadramento diagnostico, terapeutico, appropriatezza prescrittiva e modelli di gestione del centro di riferimento territoriale**" afferente al Dipartimento di Medicina Clinica e Chirurgia dell'Università degli studi di Napoli Federico II, a.a. **2023/2024**

Il/la sottoscritto/a _____*(indicare cognome e nome)***C H I E D E**

di essere iscritto/a, per l'a.a. **2023/2024**, 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)**:

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 di ammissione prescritti dall'art. 2 del bando di concorso.In particolare, precisa *(compilare la parte che interessa)*:

☐ di essere in possesso del diploma di laurea (DL) in _____ conseguito, secondo l'ordinamento previgente al D.M. 509/1999 e succ. mod. ed int., in data _____, presso _____ con la votazione finale di _____ /110_____

OVVERO

☐ di essere in possesso della laurea L/S n. _____ in _____ appartenente alla classe delle lauree specialistiche in _____ o

