

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

Codice Master

ZJX

**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 "**ABILITANTE PER LE FUNZIONI DI MEDICO
COMPETENTE**" afferente al Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Napoli Federico II, a.a. **2024/2025**

II/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.**
II

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 _____

OVVERO

di essere in possesso **della laurea L/S** n. _____ in _____
_____ appartenente alla classe delle lauree
specialistiche in _____
o della laurea magistrale LM n. _____ in _____
appartenente alla classe delle lauree magistrali in _____
conseguita in data _____ presso _____
con la votazione finale di _____/110_____ (ai sensi degli ordinamenti didattici di cui ai
DD.MM. nn. 509/99 e 270/2004 e ss. mm. ii.)

