

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

Codice Master

ZR5

**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 "**Medicina Orale**" afferente al
Dipartimento di Neuroscienze e Scienze Riproduttive e Odontostomatologiche
dell'Università degli studi di Napoli Federico II, a.a. **2024/2025**

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

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⁾:

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
della laurea magistrale LM n. _____ in _____
appartenente alla classe delle lauree
magistrali in _____, conseguita in data _____

