

MODULO DI ISCRIZIONE

(da compilare in stampatello o dattiloscritto)

Codice Master

Matricola

(a cura dell'ufficio)

DOC



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 "**Digital Orthodontics and Clear Aligner Therapy**" afferente al Dipartimento di Neuroscienze e Scienze Riproduttive ed Odontostomatologiche - anno accademico **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⁾:

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 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 _____

☐ 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 succ. mod. ed. int.).

- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione odontoiatrica in data _____ presso _____;
- e di essere iscritto all'Albo degli Odontoiatri di _____ in data _____;
- di non trovarsi in una situazione di incompatibilità, ai sensi della normativa vigente, in materia di iscrizione contemporanea a due corsi di istruzione superiore.

- a) **copia** fronte/retro firmata di un proprio documento di identità in corso di validità;
- b) attestazione comprovante l'avvenuto **pagamento** della I rata di iscrizione pari ad € 2.016,00 (comprensiva dell'imposta di bollo da € 16,00 assolta in modo virtuale) e della tassa regionale per il diritto allo studio universitario pari ad € 160,00.

A tal fine, chiede di voler ricevere eventuali comunicazioni relative alla presente iscrizione al seguente **recapito**, impegnandosi, a segnalare successive variazioni dello stesso: (**indicare via, piazza ecc., numero civico, città, C.A.P., provincia, recapito telefonico ed e-mail**):

[illegible]

(Data)

Firma: _____

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>.