

**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](mailto:ateneo@pec.unina.it); oppure al Responsabile della Protezione dei Dati: [rpd@unina.it](mailto:rpd@unina.it); PEC: [rpd@pec.unina.it](mailto: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](mailto:scsppol@unina.it); PEC: [scppol@pec.unina.it](mailto: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>.*