



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FOGGIA

## DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLE PROCEDURE PRESELETTIVE DEL MASTER DI II LIVELLO IN

**“MEDICINA GENERALE CON INTERESSE SPECIALISTICO.  
INDIRIZZO CARDIOLOGICO / INDIRIZZO PNEUMOLOGICO”**

**AL MAGNIFICO RETTORE  
DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FOGGIA**

IL SOTTOSCRITTO

Cognome .....	Nome.....
nato a .....	prov. .... il .....
residente a .....	prov.....
Via .....	n°..... C.A.P. ....
Domiciliato a .....	prov.....
Via .....	n°..... C.A.P. ....
Cittadinanza.....	Tel./cell. .... E-mail .....

**CHIEDE**

**di essere iscritto, per l'anno accademico 2009/2010, alle procedure preselettive relative al Master di II livello in “Medicina Generale con interesse specialistico. indirizzo Cardiologico / indirizzo Pneumologico”**

**Si allega ricevuta del versamento della tassa di ammissione al Master di € 40,00 e copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità.**

*Si rammenta che ai sensi dell'art. 142 del T.U. 1592/33 è vietata la contemporanea iscrizione a più corsi di studio Universitari.*

### **INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS 30.06.2003, n. 196**

I dati personali saranno raccolti e trattati, nel rispetto delle norme di legge, per finalità connesse allo svolgimento delle attività istituzionali, in particolare per tutti gli adempimenti connessi alla piena attuazione del rapporto didattico ed amministrativo con l'Università.

Richiesta di equipollenza del titolo straniero, ai soli fini di ammissione al presente Master.

data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

**(cittadini italiani e cittadini comunitari)**

I cittadini extracomunitari legalmente soggiornanti in Italia possono utilizzare le dichiarazioni sostitutive di certificazione e dell'atto di notorietà limitatamente agli stati, alle qualità personali e ai fatti certificabili o attestabili da parte di soggetti pubblici italiani.

...I... sottoscritt..., ..... nat... a .....

..... II .....

**consapevole delle responsabilità penali (artt. 483, 485, 486 c.p.) e amministrative inerenti alla predetta dichiarazione come ammonito dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n° 445;**

**DICHIARA**

(ai sensi dell'art. 46 e 48 del DPR 28 dicembre 2000, n° 445)

1) di essere in possesso, tra i titoli di studio previsti dal bando (*barrare la casella che interessa*):

Laurea Specialistica/Magistrale in..... ( classe .....

Laurea vecchio ordinamento in: .....

Conseguita presso l'Università di ..... con la votazione di ...../..... in data.....;

2) di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi di: .....

n. di iscrizione ..... in data .....

3) di essere titolare di Convenzione per la Medicina Generale dal (*almeno 5 anni*):

..... / ..... / ..... con l'ASL .....

4) Di voler scegliere il seguente indirizzo (*barrare la casella che interessa*):

Cardiologico

Pneumologico

5) di essere in possesso dei seguenti altri titoli (*Master universitari su Malattie dell'Apparato Respiratorio e Cardiovascolare; corsi specifici su Malattie dell'Apparato Respiratorio e*



