

Università degli Studi di Foggia



DOMANDA DI IMMATRICOLAZIONE PER L'ANNO ACCADEMICO 200_ - 200 _
CON DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RESE AI SENSI DEL D.P.R. N. 445 DEL 28/12/2000





UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FOGGIA
DIPARTIMENTO INNOVAZIONE DIDATTICA
SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE DI AREA MEDICA

Si attesta

che la fotografia qui apposta e la firma sottostante appartengono:

al dott.: _____
nato a: _____
il giorno: _____
residente in: _____
alla via: _____

INCOLLARE

FOTO

identificato mediante _____ n. _____
rilasciato in data _____, da _____

Firma dello Specializzando

Foggia, li _____

Firma del Funzionario incaricato

N.B.: Lo Specializzando è tenuto a compilare “preventivamente” il presente modulo limitandosi ad indicare i dati anagrafici e ad incollare la propria foto nell’apposito riquadro.
La sola trascrizione della data e degli estremi del documento di riconoscimento avverrà a cura del funzionario accettante.

COMPILARE IN MODO CHIARO E A STAMPATELLOIMPOSTA DI BOLLO VIRTUALE
AUTORIZZAZIONE D.R.E. PUGLIA
SEZ. DI FOGGIA prot. n. 7406/00**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FOGGIA****DIPARTIMENTO INNOVAZIONE DIDATTICA****SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE DI AREA MEDICA****DOMANDA DI IMMATRICOLAZIONE PER L'ANNO ACCADEMICO 2009/2010**

CON DICHIARAZIONI RESE AI SENSI DEL D.P.R. 28/12/2000 N. 445 ART. 46

AL MAGNIFICO RETTORE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A:	
COGNOME _____	NOME _____
SESSO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	CODICE FISCALE _____
CITTADINANZA _____	ALTRA _____
NASCITA	
DATA DI NASCITA ____/____/____	NAZIONE DI NASCITA _____
COMUNE _____	PROVINCIA _____
RESIDENZA	
INDIRIZZO _____	
COMUNE _____	PROVINCIA _____ C.A.P. _____
TELEFONO _____	CELL _____ (*)
E-MAIL _____	@ _____ (*)
RECAPITO (solo se diverso dalla residenza)	
PRESSO _____	
INDIRIZZO _____	
COMUNE _____	PROVINCIA _____ C.A.P. _____
TELEFONO _____	CELL _____ :
TITOLO ACCADEMICO (*)	
LAUREA SPECIALISTICA / MAGISTRALE / V. ORD. IN MEDICINA E CHIRURGIA	
Conseguita presso l'Università di _____	
DATA ____/____/____	VOTAZIONE ____/____
Anno I° Immatricolazione universitaria (anche se a un corso di laurea diverso) _____	

(*) dati obbligatori**CHIEDE**DI ESSERE IMMATRICOLATO/A PRESSO CODESTA UNIVERSITÀ DEGLI STUDI ALLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE
IN _____**DICHIARA**

di rispettare il divieto di contemporanea iscrizione di cui all'art. 142 del T.U. n. 1592/33.

Il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti con la presente domanda possano essere trattati nel rispetto del D.Lgs.30/06/2003 n.196.

Foggia, _____

Firma del dichiarante _____



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FOGGIA

*DIPARTIMENTO INNOVAZIONE DIDATTICA
SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE DI AREA MEDICA*

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

(Art. 46 – D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Il/la sottoscritto (cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ (prov. _____) il _____

a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n.445 sulle sanzioni penali cui può andare incontro per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

di non svolgere attività libero-professionale all'esterno delle strutture assistenziali in cui si effettua la formazione e di non avere alcun rapporto convenzionale o precario con il S.S.N. o Enti ed Istituzioni pubbliche e private, ai sensi dell'art. 40 comma 1 del D.Lgs. 17.08.1999 n. 368, salvo quanto disposto dall'art. 19 comma 11 della L. 448 del 28.12.2001;

Foggia, li _____

FIRMA



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FOGGIA
DIPARTIMENTO INNOVAZIONE DIDATTICA
SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE DI AREA MEDICA

Il/la sottoscritto (cognome) _____ (nome) _____
 nato/a a _____ (prov. _____) il _____

CHIEDE

che tutte le competenze vengano accreditate in via continuativa e sino a nuova diversa disposizione, sul conto corrente di cui indica di seguito le coordinate internazionali (IBAN):

IBAN (internazionale)					
Denominazione della Banca:					
Sigla internazionale secondo lo standard ISO 3166	Numeri di controllo (due numeri)	BBAN (italiano)			
		CIN (una lettera dell'alfabeto)	ABI (cinque numeri)	CAB (cinque numeri)	Numero di conto corrente (dodici numeri)
IT					

ovvero

che tutte le competenze vengano poste in pagamento con quietanza diretta presso l'agenzia della Banca Popolare di Bari - Viale XXIV Maggio n. 58 71100 - Foggia.

DICHIARA

- ◆ ai fini della legge 335 del 08/08/1995 – INPS GESTIONE SEPARATA, dell'art. 1 comma 300, lettera c) della legge 266 del 23/12/2005 e della circolare INPS n. 37 del 08/02/2007:
 - di ESSERE iscritto ad altre forme di previdenza: (es. ENPAM*) _____
 - di NON ESSERE iscritto ad altre forme di previdenza;
 - che intende iscriversi all'ordine dei medici entro 30 giorni dall'immatricolazione, riservandosi di produrre in seguito la relativa documentazione.
- ◆ di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione riguardante la propria posizione assicurativa ai fini previdenziali.

(*N.B. L'iscrizione all'ordine dei medici comporta l'iscrizione all'ENPAM).

Foggia, li _____

FIRMA

RICHIESTA “FACOLTATIVA” DI ATTIVAZIONE INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA CON DOMINIO @unifg

Gli immatricolandi che non possiedono un indirizzo e-mail ovvero che desiderano un indirizzo con dominio @unifg.it (es. a.cognomespecializzando@unifg.it) possono chiederne l'attivazione compilando on line l'apposito modulo alla pagina, http://www3.unifg.it/uffici/uf_gest_posta_elettronica/_gp_md_iscriz.asp ovvero cliccando sul link Modulo di richiesta di indirizzo di posta elettronica nella stessa pagina in cui è stato prelevata la presente domanda.

Nella compilazione verranno richiesti alcune informazioni, di cui si fornisce un esempio di seguito:

NOME:	Giovanni
COGNOME:	Rossi
RUOLO (Docente/Amministrativo/Tecnico/...):	Specializzando
Struttura (Amministrazione/Facoltà di/Dip.	Facoltà di Medicina
Tipo rapporto	Determinato
TELEFONO (Ufficio/casa/...):
e-mail unifg	a.cognome specializzando@unifg.it

Al termine della procedura di inserimento, dopo aver cliccato sul pulsante "Invia richiesta", il modulo dovrà essere stampato cliccando sul link "Stampa modulo", quindi firmato dal richiedente e allegato alla presente domanda di immatricolazione.

Il postmaster provvederà ad attivare l'indirizzo email come da richiesta e inserirà l'indirizzo nelle liste di distribuzione, attualmente attive con dominio unifg, pertinenti al ruolo indicato (es. mailing list. Specializzandi).

Se il modulo sopra citato, non dovesse pervenire entro 5 giorni dalla data della notifica di creazione della casella email unifg, essa sarà disattivata.

N.B. Si ribadisce che la richiesta dell'e-mail non è obbligatoria, bensì facoltativa, ben potendo lo specializzando continuare ad utilizzare il suo indirizzo personale per ricevere eventuali comunicazioni provenienti dall'Università.

Si raccomanda tuttavia di indicare l'indirizzo della casella di posta elettronica effettivamente utilizzata al fine di consentire il futuro invio di comunicazione inerenti la carriera di specializzando o il trattamento economico.