



COMPILARE IN STAMPATELLO

Riservato Ufficio

Cart. _____

IMPOSTA DI BOLLO VIRTUALE
AUTORIZZAZIONE D.R.E. PUGLIA
SEZ. DI FOGGIA prot. n. 7406/00

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FOGGIA

AREA OFFERTA FORMATIVA E ALTA FORMAZIONE

DOMANDA DI ISCRIZIONE PER L'ANNO ACCADEMICO 200__/200__

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 _____ MATR. _____
CITTADINANZA _____	ALTRA _____
NASCITA	
DATA DI NASCITA ____/____/____	NAZIONE DI NASCITA _____
COMUNE _____	PROVINCIA _____ C.A.P. _____
RESIDENZA	
INDIRIZZO _____	
COMUNE _____	PROVINCIA _____ C.A.P. _____
TELEFONO _____	CELL _____ E-MAIL _____
RECAPITO (se diverso dalla residenza)	
PRESSO _____	
INDIRIZZO _____	
COMUNE _____	PROVINCIA _____ C.A.P. _____
TELEFONO _____	CELL _____ E-MAIL _____

CHIEDE

DI ESSERE ISCRITTO/A PRESSO CODESTA UNIVERSITÀ DEGLI STUDI PER L'ANNO ACCADEMICO 200__ / 200__

ALLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN _____

INDIRIZZO DI STUDIO _____

ANNO DI CORSO: 2° 3° 4° 5° 6°

DICHIARA

- di essere a conoscenza di quanto prescritto dall'art.76 D.P.R 28/12/2000 n. 445 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci;

Il sottoscritto esprime altresì 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

AREA OFFERTA FORMATIVA E ALTA FORMAZIONE

Via A. Gramsci n. 89/91 - 71100 Foggia

Tel 0881/338320-3 - Fax 0881/338398

DOCUMENTI DA PRODURRE

- a) Attestazione di versamento, in originale, della prima rata della tassa di iscrizione;
- b) Attestazione di versamento, in originale, della seconda rata della tassa di iscrizione relativa all'A.A. precedente;
- c) Certificato di servizio dell'Ente di appartenenza;
- d) Quietanze di pagamento della polizze assicurative per i rischi professionali e per gli infortuni connessi all'attività di formazione per l'a.a. /

AVVISO

I dipendenti degli Ospedali Riuniti di Foggia non devono rinnovare le polizze assicurative

(da compilare a cura dello specializzando)

----- Ricevuta -----

Il Dott/Dott.ssa..... ha presentato in data.....

la domanda di iscrizione alla scuola di specializzazione in

TIMBRO

Firma

.....