

**Università degli Studi  
di Foggia**



**MODULO PER IMMATRICOLAZIONE SCUOLA DI  
SPECIALIZZAZIONE “NON MEDICA” DI  
CHIRURGIA ORALE**

**DOMANDA DI IMMATRICOLAZIONE PER L'ANNO ACCADEMICO 2022/2023**  
CON DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RESE AI SENSI DEL D.P.R. N. 445 DEL 28/12/2000

COMPILARE IN STAMPATELLO

## UNIVERSITÀ DI FOGGIA

SERVIZIO GESTIONE CARRIERE SPECIALIZZANDI

### DOMANDA DI IMMATRICOLAZIONE PER L'ANNO ACCADEMICO 2022/2023

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

AL MAGNIFICO RETTORE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A: <b>COGNOME</b> _____ <b>NOME</b> _____	
SESSO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	CODICE FISCALE _____
CITTADINANZA _____	ALTRA _____
<b>NASCITA</b> DATA DI NASCITA ____/____/____ NAZIONE DI NASCITA _____	
COMUNE _____	PROVINCIA _____
<b>RESIDENZA*</b> INDIRIZZO _____	
COMUNE _____	PROVINCIA _____ C.A.P. _____
TELEFONO _____	CELL _____ (*)
E-MAIL _____	@ _____ (*)
<b>RECAPITO</b> (solo se diverso dalla residenza) PRESSO _____	
INDIRIZZO _____	
COMUNE _____	PROVINCIA _____ C.A.P. _____
<b>*LAUREA SPECIALISTICA / MAGISTRALE / V. ORD.</b> IN _____	
Conseguita presso l'Università di _____	
DATA ____/____/____	VOTAZIONE ____/____
<b>*ANNO I° IMMATRICOLAZIONE UNIVERSITARIA</b> (anno di prima immatricolazione ad un qualsiasi corso di laurea in qualsiasi università italiana)	
avvenuta nell'anno accademico* _____ in data* _____	
Università _____	
<b>DIPLOMA DI MATURITÀ*</b>	
In* _____	
conseguito in data * _____ con votazione ____/____	
presso l'istituto* _____	
sito nel comune di * _____	

da conseguire entro la data di inizio delle attività didattiche

**\*ABILITAZIONE ALLA PROFESSIONE DI** \_\_\_\_\_

conseguita in data \* \_\_\_\_\_ presso Univ.\* \_\_\_\_\_

**\*ISCRIZIONE ALBO PROFESSIONALE DEI** \_\_\_\_\_ della provincia di

\* \_\_\_\_\_

oppure

di aver presentato domanda di iscrizione all'albo dei \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
e di impegnarsi ad inviare entro 90 gg il certificato di avvenuta iscrizione. Sono consapevole che l'iscrizione all'albo dovrà sussistere per tutta la durata della Scuola.

### **CHIEDE**

DI ESSERE IMMATRICOLATO/A PRESSO CODESTA UNIVERSITÀ ALLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN  
**Chirurgia Orale con accesso riservato ai non medici.**

### **DICHIARA**

**NON di essere iscritto ad altro corso di laurea, dottorato, scuola di  
specializzazione, master ecc.**

**di essere iscritto ad altro corso di** \_\_\_\_\_  
**presso l'Università di** \_\_\_\_\_

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

### SERVIZIO GESTIONE CARRIERE SPECIALIZZANDI

inviare via pec a  
[protocollo@cert.unifg.it](mailto:protocollo@cert.unifg.it) a

la domanda di immatricolazione rilasciata da esse3 e il modulo di immatricolazione soprastante, compilato in tutte le sue parti (\*) e sottoscritto in calce.

#### PAGAMENTO TASSE

Per il pagamento delle tasse di immatricolazione è necessario accedere al proprio profilo esse3, entrando nella sezione Pagamenti. Procedere quindi a saldare le fatture visualizzate come scadute, tramite il servizio pagoPA. Si ricorda che i ritardi nei pagamenti generano le more previste dal regolamento tasse di questa Università.

#### RICHIESTA ATTIVAZIONE POSTA ELETTRONICA

Per richiedere l'attivazione di un indirizzo di posta elettronica con dominio [@unifg.it](mailto:@unifg.it), utile ai fini dell'accesso alla piattaforma e-learning dell'Università di Foggia, è necessario seguire le indicazioni pubblicate alla pagina:

<https://www.unifg.it/posta-elettronica-istituzionale#:~:text=Gli%20altri%20componenti%20della%20comunit%C3%A0,a%20support%40unifg.it>