

# **Università degli Studi di Foggia**



## **MODULO PER IMMATRICOLAZIONE SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE “NON MEDICA” DI ODONTOIATRIA PEDIATRICA**

**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:

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

SESSO:  M  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. \_\_\_\_\_

\*LAUREA SPECIALISTICA / MAGISTRALE / V. ORD. IN \_\_\_\_\_

Conseguita presso l'Università di \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ VOTAZIONE \_\_\_\_/\_\_\_\_

\*ANNO I° IMMATRICOLAZIONE UNIVERSITARIA (anno di prima immatricolazione ad un qualsiasi corso di laurea in qualsiasi università italiana)

avvenuta nell'anno accademico\* \_\_\_\_\_ in data\* \_\_\_\_\_

Università \_\_\_\_\_

DIPLOMA DI MATURITÀ\*

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