

**Università degli Studi
di Foggia**



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

ODONTOIATRIA PEDIATRICA

DOMANDA DI IMMATRICOLAZIONE PER L'ANNO ACCADEMICO 2023/2024
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 2023/2024

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. _____
*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 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, 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>