



Università di Foggia

UNIVERSITÀ DI FOGGIA

DOMANDA DI AMMISSIONE AL MASTER DI I LIVELLO IN “MANAGEMENT SANITARIO PER LE FUNZIONI DI COORDINAMENTO NELLE PROFESSIONI SANITARIE”

AL MAGNIFICO RETTORE
DELL'UNIVERSITÀ DI FOGGIA

IL SOTTOSCRITTO

| | |
|---------------------|------------------------------|
| Cognome | Nome..... |
| nato a | prov. il |
| residente a | prov..... |
| Via | n°..... C.A.P. |
| Domiciliato a | prov..... |
| Via | n°..... C.A.P. |
| Cittadinanza..... | Tel./cell. E-mail |

CHIEDE

di essere ammesso, per l'anno accademico 2015/2016, al corso di Master di I livello in “Management Sanitario per le Funzioni di Coordinamento nelle Professioni Sanitarie”

Si allega ricevuta del versamento della tassa di ammissione al Master di € 52,00 e copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità.

Si rammenta che ai sensi dell'art. 142 del T.U. 1592/33 è vietata la contemporanea iscrizione a più corsi di studio Universitari.

INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS 30.06.2003, n. 196

I dati personali saranno raccolti e trattati, nel rispetto delle norme di legge, per finalità connesse allo svolgimento delle attività istituzionali, in particolare per tutti gli adempimenti connessi alla piena attuazione del rapporto didattico ed amministrativo con l'Università.

Richiesta di equipollenza del titolo straniero, ai soli fini di ammissione al presente Master.

data _____

Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(cittadini italiani e cittadini comunitari)

I cittadini extracomunitari legalmente soggiornanti in Italia possono utilizzare le dichiarazioni sostitutive di certificazione e dell'atto di notorietà limitatamente agli stati, alle qualità personali e ai fatti certificabili o attestabili da parte di soggetti pubblici italiani.

...l... sottoscritt..., nat... a
..... II

consapevole delle responsabilità penali (artt. 483, 485, 486 c.p.) e amministrative inerenti alla predetta dichiarazione come ammonito dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n° 445;

DICHIARA

(ai sensi dell'art. 46 e 48 del DPR 28 dicembre 2000, n° 445)

1) di essere in possesso, tra i titoli di studio previsti dal bando (*barrare la casella che interessa*):

➤ **AREA DELLE PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE**

- Diploma di Laurea** - Classe delle lauree SNT/1 in professioni sanitarie infermieristiche e/o professione sanitaria ostetrica
- Diploma Universitario** nei profili dell'area delle professioni sanitarie infermieristiche e/o professione sanitaria ostetrica
- Diplomi**, conseguiti in base alla normativa precedente, dagli appartenenti alle professioni sanitarie di cui alle leggi 8 gennaio 2002, n.1, 26 febbraio 1999, n. 42, e 10 agosto 2000, n. 251 e DD.MM del 27 luglio 2000 negli specifici profili, validi ai fini dell'accesso ai corsi di laurea specialistica, ai master ed agli altri corsi di formazione post-base;

➤ **AREA DELLE PROFESSIONI SANITARIE DELLA RIABILITAZIONE**

- Diploma di Laurea** - Classe delle lauree SNT/2 in professioni sanitarie della riabilitazione
- Diploma Universitario** nei profili dell'area delle professioni sanitarie della riabilitazione
- Diplomi**, conseguiti in base alla normativa precedente, dagli appartenenti alle professioni sanitarie di cui alle leggi 8 gennaio 2002, n.1, 26 febbraio 1999, n. 42, e 10 agosto 2000, n. 251 e DD.MM del 27 luglio 2000 negli specifici profili, validi ai fini dell'accesso ai corsi di laurea specialistica, ai master ed agli altri corsi di formazione post-base;

➤ **AREA DELLE PROFESSIONI SANITARIE TECNICHE**

- **Diploma di Laurea** - Classe delle lauree SNT/3 in professioni sanitarie tecniche;
- **Diploma Universitario** nei profili dell'area delle professioni sanitarie tecniche;
- **Diplomi**, conseguiti in base alla normativa precedente, dagli appartenenti alle professioni sanitarie di cui alle leggi 8 gennaio 2002, n.1, 26 febbraio 1999, n. 42, e 10 agosto 2000, n. 251 e DD.MM del 27 luglio 2000 negli specifici profili, validi ai fini dell'accesso ai corsi di laurea specialistica, ai master ed agli altri corsi di formazione post-base.

Conseguito/a presso l'Università / Istituto di
 con la votazione di/..... in data.....;

2) di essere in possesso del diploma di maturità di
 conseguito presso l'Istituto
 nell'anno scolastico/....., (*da compilare solo in caso di possesso dell'ultimo dei titoli precedentemente elencati – Diplomi, conseguiti in base alla normativa precedente, dagli appartenenti alle professioni sanitarie*);

Data _____

Firma _____

