

**NON MEDICI**

**AL MAGNIFICO RETTORE DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI NAPOLI  
"FEDERICO II"**

\_\_\_I\_\_\_ sottoscritt\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Cittadinanza (solo se straniera) \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Tel.n. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

Indirizzo p.e.c. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

alla M.V. di essere immatricolat\_\_\_, per l'a.a. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_,

al PRIMO anno del corso di Specializzazione in

\_\_\_\_\_

e di sostenere i relativi esami.

\_\_\_I\_\_\_ sottoscritt\_\_\_

**Con osservanza**

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma**

\_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE DALL'ART. 76 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445 e s.m.i. PER IL CASO DI DICHIARAZIONI FALSE O MENDACI**

### DICHIARA

• di essere in possesso del diploma di laurea in \_\_\_\_\_  
conseguito in data \_\_\_\_\_ con la votazione di \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_;

• di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di \_\_\_\_\_,  
conseguita nella \_\_\_\_\_ sessione dell' anno \_\_\_\_\_  
presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_

**Si allega fotocopia documento di identità.**

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 679/2016 recante norme sul trattamento dei dati personali.**  
I dati raccolti con il presente modulo sono trattati ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e comunque nell'ambito delle attività istituzionali dell'Università degli Studi di Napoli Federico II. Titolare del trattamento è l'Università, nelle persone del Rettore e del Direttore Generale, in relazione alle specifiche competenze. Esclusivamente per problematiche inerenti ad un trattamento non conforme ai propri dati personali, è possibile contattare il Titolare inviando una e-mail al seguente indirizzo: [ateneo@pec.unina.it](mailto:ateneo@pec.unina.it); oppure al Responsabile della Protezione dei Dati: [rpd@unina.it](mailto:rpd@unina.it); PEC: [rpd@pec.unina.it](mailto:rpd@pec.unina.it). Per qualsiasi altra istanza relativa al procedimento in questione deve essere contattato invece l'Ufficio Scuole di Specializzazione area medica: [scsppol@unina.it](mailto:scsppol@unina.it); PEC: [scppol@pec.unina.it](mailto:scppol@pec.unina.it).  
Agli interessati competono i diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento UE. Le informazioni complete, relative al trattamento dei dati personali raccolti, sono riportate sul sito dell'Ateneo: <http://www.unina.it/ateneo/statuto-e-normativa/privacy>.