

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. _____ Cell.n. _____

Indirizzo e-mail _____

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 ___ a tal fine dichiara:

- 1) Di non trovarsi in una situazione tale da determinare con l'iscrizione stessa la violazione del divieto espresso nell'art.12 del Regolamento Didattico di Ateneo, approvato con D.R.n.3504 del 30/10/1998 e s.m.i.;
- 2) Di essere a conoscenza che il predetto articolo vieta l'iscrizione contemporanea a diverse Università e a diversi Istituti di istruzione superiore, a diverse Facoltà o Scuole della stessa Università o dello stesso Istituto e a diversi corsi di laurea o di Diploma della stessa Facoltà o Scuola.

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 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
_____;

Solo per le Scuole per le quali, da bando di concorso, è richiesto il possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione

- di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di
_____, conseguita nella ___ sessione dell'anno _____
presso l'Università degli studi di

_____ .

Napoli, _____

Firma

Si allega fotocopia documento di identità.