

## MEDICI DIPENDENTI

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.

Napoli, \_\_\_\_\_

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 Medicina e Chirurgia conseguito in data \_\_\_\_\_ con la votazione di \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di Medico – Chirurgo, conseguita nella \_\_\_\_ sessione dell'anno \_\_\_\_\_ presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_.

Napoli, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Si allega fotocopia documento di identità.