

**AL DIRIGENTE DELLA RIPARTIZIONE
GESTIONE CARRIERE E SERVIZI AGLI STUDENTI
DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELLA CAMPANIA "LUIGI VANVITELLI"**

COMPILARE TUTTE LE VOCI A CARATTERE STAMPATELLO

__ L __ SOTTOSCRITT __

COGNOME		
NOME		
NAT_ IL	COMUNE	PROV.
INDIRIZZO: via / p.zza / corso /trav.	N. CIVICO	C.A.P.
COMUNE DI RESIDENZA	PROV.	
INDIRIZZO MAIL		
PREFISSO	N. TELEFONICO	CITTADINANZA
CELLULARE		

CHIEDE

DI ESSERE IMMATRICOLATO/A AI SOTTO INDICATI MODULI DEL MASTER IN "SON: IL TUO APPROCCIO ALL'ORTODONZIA", A.A. 2019/2020:

MODULO : _____

ovvero

MODULI : _____

ALL'UOPO ALLEGA :
(Sbarrare le relative caselle):

- dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi del d.P.R. n.445/2000
- ricevuta dell'importo di € 250,00 per ogni singolo modulo
- fotocopia di un valido documento di riconoscimento
- modulo di consenso al trattamento dei dati personali

firma _____

**AL DIRIGENTE DELLA RIPARTIZIONE
GESTIONE CARRIERE E SERVIZI AGLI STUDENTI
DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELLA CAMPANIA "LUIGI VANVITELLI"**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 del d.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000)**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 del d.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000)**

__l__ sottoscritt _____, nat__ il _____,
a _____ (_____) residente nel Comune di _____, con indirizzo
_____ e numero telefonico (cell.) _____ / _____,
consapevole della responsabilità a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto
falso o contenente dati non più rispondenti a verità, nonché delle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e
dichiarazioni mendaci di cui all'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 :

DICHIARA

- a) di aver conseguito il diploma di laurea in _____
_____ (Classe _____) in data _____, presso l'Università
degli Studi di _____, riportando la votazione
finale di _____.
- b) di essere o di non essere (barrare la casella corrispondente) in possesso dell'abilitazione all'esercizio
della professione di Odontoiatra conseguita nella _____ sessione dell'anno _____ presso l'Università degli
Studi di _____ riportando la votazione finale di _____ / _____;
- c) di conseguire l'abilitazione all'esercizio della professione di Odontoiatria in data _____;
- d) di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di Medico Chirurgo conseguita
nella _____ sessione dell'anno _____ presso l'Università degli Studi di
_____ riportando la votazione finale di _____ / _____;
- e di aver conseguito il diploma di specializzazione in Chirurgia Maxillo – Facciale in data _____
presso l'Università degli Studi di _____, riportando la votazione finale
di _____ / _____.
- Luogo _____, data _____ / _____ / _____

Firma del dichiarante
(leggibile e di proprio pugno)

Il pagamento deve essere effettuato esclusivamente presso un'Agenzia dell'Unicredit

Mod. PTA (UESSS)

Al Magnifico Rettore dell'Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli"

A.A. 2019/2020

MATRICOLA	7	7	7	7	7	7	7	7	7															
CODICE FISCALE																								
COGNOME	_____										NOME	_____										SESSO	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
COMUNE DI NASCITA	_____															DATA DI NASCITA	_____							
RESIDENZA/DOMICILIO	_____															TELEFONO/CELLULARE	_____							

CHIEDE DI ESSERE IMMATRICOLATO/A AI SINGOLI MODULI DIDATTICI DEL MASTER IN "SON...IL TUO APPROCCIO ALL'ORTODONZIA" - A.A. 2019/2020 :

N. MODULI _____

Lo scrivente dichiara di aver preso visione dell'allegata informativa sulla privacy e di autorizzare la Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli" al trattamento dei dati personali nel rispetto della predetta normativa.

La Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli" effettuerà controlli anche a campione sulla veridicità delle dichiarazioni rese.

Il dichiarante decade dai benefici derivanti da dichiarazioni non veritiere.

Data _____ (firma dello studente) _____

Ordine di disposizione di pagamento a favore della Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli" (non valida come ricevuta)		Ordine di disposizione di pagamento a favore della Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli" (non valida come ricevuta)		Ordine di disposizione di pagamento a favore della Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli" (non valida come ricevuta)	
MATR.	7 7 7 7 7 7 7 7 7 7	MATR.	7 7 7 7 7 7 7 7 7 7	MATR.	7 7 7 7 7 7 7 7 7 7
Codice Fiscale		Codice Fiscale		Codice Fiscale	
(Cognome e nome)		(Cognome e nome)		(Cognome e nome)	
Cod.corso [Z]7[1]2		Cod.corso [Z]17[1]2		Cod.corso [Z]17[1]2	
Codice Causale	Importo in Euro	Codice Causale 1	Importo in Euro	Codice Causale	Importo in Euro
1 0 0 1	250,00			1 0 0 1	250,00
		0 0 0 8	1,10		
0 0 0 8	1,10			0 0 0 8	1,10
Si versano €		Si versano €		Si versano €	

