

**SPAZIO RISERVATO
ALLA FOTO**

**AL RETTORE
DELL'UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DELLA CAMPANIA
"LUIGI VANVITELLI"**

__ L __ SOTTOSCRITT__

COGNOME

NOME

NATO IL COMUNE PROV.

INDIRIZZO: via/p.zza N. CIVICO C.A.P.

COMUNE DI RESIDENZA PROV.

CELLULARE

PREFISSO N. TELEFONICO CITTADINANZA

E - MAIL

chiede

di essere iscritt__ , per l'a.a. 2017/2018, al primo anno del corso di formazione specialistica, attivato ai sensi del D.l. n. 68/2015, in

ODONTOIATRIA PEDIATRICA

A tal fine, consapevole delle responsabilità cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità, nonché delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci di cui all'art. 76 del D.P.R.n. 445/2000, dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000:

a) di essere in possesso del diploma di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria conseguito in data _____ presso l'Università degli Studi di _____ riportando la votazione finale di _____/_____, n. matricola _____;

b) di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di Odontoiatra conseguita nella _____ sessione dell'anno _____ presso l'Università degli Studi di _____;

c) di non trovarsi in una situazione tale da determinare, con l'iscrizione stessa, la violazione del divieto di contemporanea iscrizione a più corsi di studio che comportino il conseguimento di un titolo universitario o di livello universitario.

ALLEGA ALLA PRESENTE

- **FOTOCOPIA DI UN VALIDO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO**
- **N. 2 FOTOGRAFIE FORMATO TESSERA**
- **RICEVUTA DEI VERSAMENTI E DEI CONTRIBUTI PREVISTI PER L'IMMATRICOLAZIONE ALLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE (1^a rata pari ad Euro 788,00, comprensiva dell'imposta di bollo virtuale pari ad Euro 16,00, e contributo regionale pari ad Euro 140,00)**
- **MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Luogo _____, **data** _____

Firma _____