

MARCA

da

BOLLO

€ 16,00

AL MAGNIFICO RETTORE
dell'Università degli Studi di Firenze
c/o Servizio Post Laurea Polo Biomedico e Tecn.
N.I.C. (Nuovo Ingresso Careggi) – Pad.3 – Didattica - Piano I
L.go Brambilla, 3 - 50134 Firenze

Corso di perfezionamento
“Chirurgia Maxillo-Facciale in severe atrofie dei mascellari
e riabilitazione mediante impianti endossei osteointegrati ”
anno accademico 2013/14 - Decreto istitutivo n. 65029 (1007) del 01/10/2013

DIRETTORE: PROF. ROBERTO BERTOLAI

DOMANDA DI ISCRIZIONE

cognome.....

nome.....

luogo di nascita

Prov./Stato

Data di nascita

codice fiscale

cittadinanza.....

domicilio n.

C.A.P. Comune Prov.

telefono

tel. cellulare

e-mail.....

CHIEDE L'ISCRIZIONE

al Corso di perfezionamento “Chirurgia Maxillo-Facciale in severe atrofie dei mascellari e
riabilitazione mediante impianti endossei osteointegrati ”.

A tal fine, valendosi delle disposizioni di cui all'art. 46 del **D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445** e consapevole che chi dichiarerà il falso vedrà decadere i benefici ottenuti e incorrerà nelle sanzioni penali previste per le false dichiarazioni dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. citato,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

1) di essere in possesso del DIPLOMA DI LAUREA (IN MEDICINA E CHIRURGIA O ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA EX D.M. 270/04 O D.M. 509/99 O ORDINAMENTO PRECEDENTE) in:

conseguito presso la Facoltà _____ Università di _____

in data ____/____/____ con votazione ____/____ su ____/____ lode ☐ SI ☐ NO;

Per i soli laureati in Medicina e Chirurgia:

di essere in possesso del diploma di specializzazione in Odontostomatologia conseguito presso la Facoltà _____ Università di _____

in data ____/____/____ con votazione ____/____ su ____/____ lode ☐ SI ☐ NO; oppure

di essere iscritto all'Albo degli Odontoiatri _____

2) di essere a conoscenza delle norme e dei termini previsti dal decreto istitutivo del corso;

3) di essere a conoscenza che l'accertamento della non veridicità di quanto dichiarato, ferme restando le responsabilità penali in caso di dichiarazioni false, comporterà l'esclusione dal corso.

4) di

☐ **ESSERE**

☐ **NON ESSERE**

studente iscritto a corsi di Dottorato dell'Ateneo fiorentino in possesso dei requisiti di accesso richiesti per l'iscrizione al corso (art. 4 del bando). A tal fine chiede di essere ammesso a frequentare a TITOLO GRATUITO (riserva di 2 posti soprannumerari).

5) di partecipare a titolo gratuito ai sensi dell'art. 4 del bando in quanto [personale tecnico amministrativo, ricercatore, docente, assegnista di ricerca dell'Ateneo fiorentino]

ALLEGATI OBBLIGATORI:

- ☐ **ricevuta dell'attestazione di quietanza comprovante l'avvenuto pagamento della quota di iscrizione di € 1.200,00 effettuata su bollettino delle Poste Italiane da intestare a Università degli Studi, Piazza S. Marco, 4 - 50121 Firenze, n. di c/c 30992507, causale obbligatoria: **tassa di iscrizione al Corso di perfezionamento "Chirurgia Maxillo-Facciale in severe atrofie dei mascellari e riabilitazione mediante impianti endossei osteointegrati", a.a. 2013/2014 (indicare sempre il nome del partecipante);****

☐

oppure effettuata con **bonifico bancario** presso UNICREDIT BANCA, Agenzia Via dei Vecchietti, 11 - Firenze, Coordinate Bancarie IBAN: IT88 A020 0802 8370 0004 1126 939, a favore dell'Università degli Studi di Firenze, Corso di perfezionamento **"Chirurgia Maxillo-Facciale in severe atrofie dei mascellari e riabilitazione mediante impianti endossei osteointegrati", a.a. 2013/2014 (indicare sempre il nome del partecipante);**

N.B.: per i bonifici effettuati on-line, è necessario presentare la ricevuta comprovante l'avvenuto pagamento da parte della banca. **Il solo ordine di bonifico non ha validità;**

- ☐ **FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ;**