

DOMANDA DI IMMATRICOLAZIONE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE DI AREA SANITARIA AD ACCESSO NON MEDICO PER L'ANNO ACCADEMICO _____

NON APPLICARE MARCA DA BOLLO
(imposta di bollo assolta in maniera virtuale. Aut. n.100079
dell'11/11/1999 - Direzione Regionale delle Entrate)

AL MAGNIFICO RETTORE
dell'Università degli Studi di Firenze

--	--	--	--	--	--	--	--

N. MATRICOLA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Codice Fiscale |_____|

- **cognome e nome** |_____

sexso ☐ M ☐ F nato/a il |_____| a |_____

prov. |_____| nazione di nascita |_____ cittadinanza |_____

- **residente** in via/piazza |_____ n. |_____

frazione/località |_____

comune |_____ prov. |_____| C.A.P. |_____|

tel./cell. |_____ e-mail* |_____

- **recapito** (indicare solo se diverso dalla residenza. Obbligatorio in ipotesi di residenza in Paese estero)

presso |_____

via/piazza |_____ n. |_____

comune |_____ prov. |_____| C.A.P. |_____|

(*) Allo studente verrà assegnata dall'Ateneo una **casella di posta elettronica personale (con dominio "@unifi.it") che dovrà essere utilizzata esclusivamente per le comunicazioni tra specializzandi e Ateneo**. A partire dal momento dell'assegnazione tutte le successive comunicazioni di posta elettronica tra lo specializzando e **l'Ateneo dovranno avvenire su di essa e non si terrà più conto dell'eventuale e-mail comunicata dallo specializzando nel presente modulo**. L'accesso alla casella si effettua collegandosi all'indirizzo web <http://webmail.unifi.it>, utilizzando le credenziali di accesso (matricola e password assegnata in fase di immatricolazione).

CHIEDE L'IMMATRICOLAZIONE ALLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE DI AREA SANITARIA AD ACCESSO NON MEDICO:

|_____

A tal fine DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del **D.P.R. 445/2000** 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

☐ di aver **conseguito il diploma di maturità** |_____

nell'a.s. |_____|/|_____| con la votazione di |_____| su |_____|

presso l'Istituto/Liceo |_____

sito nel Comune di |_____ Prov. |_____

C.A.P. |_____| Via/Piazza |_____ N. |_____

☐ di essere in **possesso del titolo accademico in LAUREA MAGISTRALE A CICLO UNICO IN MEDICINA E CHIRURGIA**

Classe|_____| presso l'Università degli Studi di |_____|
nell'a.a. |__|__|__|/|__|__|__| in data |_____| con votazione di |__|__|__| su |__|__|__| Lode ☐ SI
se conseguito **presso l'Ateneo fiorentino** indicare il numero di matricola |__|__|__|__|__|__|

☐ di avere **iniziato la prima carriera nel sistema universitario nazionale** presso l'Università degli Studi di _____
|_____ al corso di |_____ Classe |_____|
nell'a. accademico |__|__|__|/|__|__|__| in data |_____

☐ di essere in **possesso della abilitazione all'esercizio della professione di MEDICO CHIRURGO**
conseguita nell'a.a. |__|__|__| sessione |__|__| presso l'Università degli Studi di
|_____
se conseguita **presso l'Ateneo fiorentino** indicare il numero di matricola |__|__|__|__|__|__|

☐ di essere **iscritto/a all'Albo professionale dei MEDICI-CHIRURGHI**
di _____ in data |_____ con numero |_____

Ai fini della degli esoneri/riduzione delle tasse e contributi DICHIARA, INOLTRE

- ☐ di essere **studente con disabilità**, come risulta dall'allegata certificazione rilasciata dagli Organi competenti, con:
- ☐ riconoscimento di handicap ai sensi dell'articolo 3, comma 1 e 3, della legge 5/2/1992, n. 104;
 - ☐ invalidità riconosciuta pari o superiore al 66%.
- ☐ di essere **figlio di titolare di pensione di inabilità** (Legge 30 marzo 1971, n. 118, art. 30).

(data)

(firma)

DICHIARA, altresì, ai fini della collocazione in una delle fasce di reddito di cui al Manifesto degli studi
anno accademico corrente:

- ☐ **DI AUTORIZZARE** L'ATENEO AD EFFETTUARE L'ACQUISIZIONE DEL VALORE ISEE PER LE PRESTAZIONI PER IL DIRITTO ALLO STUDIO UNIVERSITARIO
- ☐ **DI NON AUTORIZZARE** L'ATENEO ALL'ACQUISIZIONE DEL VALORE ISEE PER LE PRESTAZIONI PER IL DIRITTO ALLO STUDIO UNIVERSITARIO E CHIEDE QUINDI DI ESSERE COLLOCATO NELLA FASCIA MASSIMA DI CONTRIBUZIONE

CHIEDE, infine

di essere ammesso/a a sostenere, durante le sessioni dello stesso anno accademico, gli esami e le altre prove di verifica al fine di acquisire i crediti relativi, consapevole che, per sostenere gli esami di profitto o altre forme di verifica, deve aver ottenuto le eventuali attestazioni di frequenza e di avvenuto rispetto delle propedeuticità richieste; deve altresì essere in regola con il versamento di tutte le tasse e dei contributi dovuti. Lo studente che non sia in regola col pagamento delle tasse e dei contributi, di eventuali more o oneri amministrativi, non può essere ammesso agli esami, né può essere iscritto al successivo anno di corso. Egli inoltre non può ottenere alcun certificato relativo alla sua carriera scolastica, nella parte cui si riferisce il predetto difetto di pagamento, né il congedo per trasferirsi ad altra università o istituto.

(data)

(firma)

COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DEI DATI PERSONALI

INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI ai sensi del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

L'informativa per il trattamento dei dati personali degli utenti che intendono immatricolarsi ai corsi di studio e degli studenti, laureandi, laureati, borsisti, specializzandi e dottorandi dell'Università degli Studi di Firenze è pubblicata sul sito di Ateneo al percorso Home page>Ateneo>Protezione dati, al seguente link: <https://www.unifi.it/vp-11360-protezione-dati.html>

Firenze, li _____

Per presa visione, il/la dichiarante _____

ALLEGATI:

- ☐ copia di un **documento personale di riconoscimento valido**;
- ☐ **Ricevuta Pagamento della Prima Rata delle Tasse Universitarie, ammontante a 756,00 euro (gia' comprensiva dell'imposta di bollo di 16 euro)**

(Mediante Pagamento PagoPA - Regione Toscana, seguendo i seguenti passaggi:

- Accedere al sito: <https://iris.rete.toscana.it/public/elencoEnti.jsf>
- Sezionare l'Ente: **Universita' degli Studi di Firenze**
- Selezionare: **050001 Amministrazione Centrale**
- Riempire i campi richiesti, utilizzando come CAUSALE OBBLIGATORIA **Tassa Immatricolazione Scuole di Specializzazione A.A. _____** (inserire a.a. corretto)