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

****

C H I E D E

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"i

A.A. 2019/2020

MATRICOLA	7 7 7 7 7 7 7 7 7
CODICE FISCALE	
COGNOME_____ **NOME**_____ **SESSO**_____	M 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)

MATR. 7 7 7 7 7 7 7 7 7

Codice Fiscale

(Cognome e nome)

Cod.corso ⌊Z⌋7⌊1⌋2⌋

Codice Causale	Importo in Euro
1 0 0 1	250,00
0 0 0 8	1,10

Si versano €

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

Codice Fiscale

(Cognome e nome)

Cod.corso ⌊Z⌋7⌊1⌋2⌋

Codice Causale	Importo in Euro
1 0 0 1	250,00
0 0 0 8	1,10

Si versano €

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

Codice Fiscale

(Cognome e nome)

Cod.corso ⌊Z⌋7⌊1⌋2⌋

Codice Causale	Importo in Euro
1 0 0 1	250,00
0 0 0 8	1,10

Si versano €

MODULO PER IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

Data_____ (firma)

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e degli artt. 13 e 14 del GDPR – Regolamento Generale sulla Protezione dei dati UE n. 2016/679, i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso l'Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", per le finalità di gestione della selezione e saranno trattati in forma cartacea e attraverso una banca dati automatizzata. Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della verifica dei requisiti di partecipazione alla selezione e della sua gestione.L'interessato gode dei diritti di cui all'art. 7 del citato Decreto legislativo e dagli artt. da 15 a 22 del citato Regolamento UE 2016/679, tra i quali figura il diritto di accesso ai dati che lo riguardano, nonché alcuni diritti complementari, tra cui il diritto di far rettificare, aggiornare, completare o cancellare i dati erronei, incompleti o raccolti in termini non conformi alla legge, nonché il diritto di opporsi per motivi legittimi al loro trattamento.

Tali diritti potranno essere fatti valere nei confronti dell'Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Viale Lincoln n. 5 – 81100 Caserta, titolare del trattamento dei dati, attraverso l'invio al Responsabile della protezione dati di un'istanza ad oggetto:

"Diritti privacy" e-mail: rpd@unicampania.it oppure PEC: rpd@pec.unicampania

UFFICIO ESAMI DI STATO E SEGRETERIA SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE

Iscrizione ai singoli moduli didattici del Master

in

SON... IL TUO APPROCCIO ALL'ORTODONZIA

RICEVUTA DOMANDA DI IMMATRICOLAZIONE (A.A.2019/2020)

__l __ dott.__

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA LUOGO DI NASCITA PROV.

HA PRESENTATO, IN DATA ODIERNA, LA DOMANDA DI IMMATRICOLAZIONE AI SINGOLI MODULI DIDATTICI DEL MASTER IN:

SON...IL TUO APPROCCIO ALL'ORTODONZIA

TIMBRO
DI ACCETTAZIONE

La presente ricevuta va compilata, in ogni sua parte ed in stampatello, a cura del candidato.