

Corso di perfezionamento in

“Infermieristica pediatrica ambulatoriale e di comunità”

**Dipartimento di Scienze della Salute (DSS),
anno accademico 2018/19 - Decreto istitutivo n.130622(1039) del 10/08/2018**

DIRETTORE: PROF. MAURIZIO DE MARTINO

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

- in qualità di candidato ordinario;
- in qualità di uditore;
- in qualità di dipendente dell'Azienda Universitaria Ospedaliero Careggi (AOUC);
- in qualità di dipendente dell'Azienda Universitaria Ospedaliero MEYER;
- in qualità di assegnista di ricerca/personale ricercatore/docente appartenente al Dipartimento che ha approvato il corso;

al Corso di perfezionamento in **“Infermieristica pediatrica ambulatoriale e di comunità”**.

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 di **LAUREA/ DIPLOMA UNIVERSITARIO (COME DA ART. 3 DEL DECRETO ISTITUTIVO)** in

Facoltà/Istituto Università di/sito in

conseguito in data con votazione su lode SI NO

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;

Ai fini dell'esonero dal pagamento della quota di iscrizione 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, della legge 5/2/1992, n. 104;

invalidità riconosciuta pari o superiore al 66% con la seguente **tipologia di invalidità**:

Cecità e menomazioni visive; *Sordità e menomazioni uditive;* *Dislessia e difficoltà di linguaggio;*

Difficoltà mentali; *Disabilità motorie permanenti e provvisorie* *Altro (specificare) _____*

Allegati obbligatori:

ricevuta dell'attestazione di quietanza comprovante l'avvenuto pagamento della quota di iscrizione di €500 a cui devono essere sommati i 16 € dell'imposta di bollo (tale imposta deve essere comunque versata anche dagli studenti con disabilità o con invalidità)- o di €300 a cui devono essere sommati €16 per gli uditori- [come da art. 8 del decreto istitutivo] effettuata su bollettino di conto corrente postale n° 30992507 intestato a Università degli Studi di Firenze- Tasse Scuole di specializzazione, Piazza S. Marco, 4 - 50121 Firenze causale obbligatoria: **tassa di iscrizione al Corso di perfezionamento in "Infermieristica pediatrica ambulatoriale e di comunità"**, a.a. 2018/2019 (indicare sempre il nome del partecipante);

oppure effettuata con **bonifico bancario sul c/c 41126939 presso UNICREDIT SPA, Agenzia Firenze Via dei Vecchietti, 11- BIC SWIFT: UNCRITM1F86, codice IBAN per l'Italia: IT88 A020 0802 8370 0004 1126 939**, a favore dell'Università degli Studi di Firenze, Corso di perfezionamento in **"Infermieristica pediatrica ambulatoriale e di comunità"**, a.a. 2018/2019 (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;

curriculum vitae.

La domanda compilata in ogni sua parte e completa di tutti gli allegati previsti dovrà essere trasmessa esclusivamente secondo le seguenti modalità:

- **a mezzo posta elettronica:** la domanda e gli allegati dovranno essere scansionati dall'interessato e spediti quale allegato ad un messaggio di posta elettronica (il file deve essere unico e in formato PDF) da inviarsi all'indirizzo perfezionamento-bio@unifi.it. Il messaggio dovrà avere obbligatoriamente per oggetto: *Infermieristica pediatrica ambulatoriale e di comunità -2018-2019*. Domanda di iscrizione con NOME e COGNOME.

COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 11 del Regolamento di attuazione del codice di protezione dei dati personali in possesso dell'Università degli studi di Firenze e fermo restando il diritto di oppormi per motivi di legittimità ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs. 30/6/2003, n. 196, autorizzo la comunicazione e diffusione dei miei dati personali in possesso dell'Università a Enti pubblici o privati che ne facciano richiesta al fine di agevolare l'orientamento, la formazione e l'inserimento professionale e nel mondo del lavoro, anche all'estero, dei giovani studenti e laureati

SI

NO

DATA

FIRMA

