

**Corso di perfezionamento in**  
**“Medicina Tropicale e Cooperazione Sanitaria”**

**Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica (DMSC)**

**anno accademico 2018/19 - Decreto istitutivo n.132500 (1075) del 24/08/2018**

**DIRETTORE: PROF.ALESSANDRO BARTOLONI**

**DOMANDA DI ISCRIZIONE**

<b>cognome</b> .....	
<b>nome</b> .....	
<b>luogo di nascita</b> .....	<b>Prov./Stato</b> .....
<b>data di nascita</b> .....	<b>codice fiscale</b> .....
<b>cittadinanza</b> .....	
<b>domicilio</b> .....	<b>n.</b> .....
<b>C.A.P.</b> .....	<b>Comune</b> .....
	<b>Prov.</b> .....
<b>telefono</b> .....	<b>tel. cellulare</b> .....
<b>e-mail</b> .....	

**CHIEDE L'ISCRIZIONE**

Al Corso di perfezionamento in “*Medicina Tropicale e Cooperazione Sanitaria*”

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 **1000€** cui devono essere sommati **16€** dell'imposta di bollo (**tale imposta deve essere comunque versata anche dagli studenti con disabilità o con invalidità**) 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 "Medicina Tropicale e Cooperazione Sanitaria", 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 de' Vecchietti, 11- BIC SWIFT: UNCRITM1F86 - codice IBAN per l'Italia: IT88 A 02008 02837 000041126939**, a favore dell'**Università degli Studi di Firenze, Corso di perfezionamento in "Medicina Tropicale e Cooperazione Sanitaria", 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](mailto:perfezionamento-bio@unifi.it). Il messaggio dovrà avere obbligatoriamente per oggetto: *Medicina Tropicale e Cooperazione Sanitaria -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 opporsi 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**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_