

Corso di perfezionamento in

**“ENDODONZIA CLINICA: INNOVAZIONE TECNOLOGICA PER UNA TERAPIA
PREVEDIBILE”**

**Dipartimento di Chirurgia e Medicina Traslazionale (DCMT),
anno accademico 2018/19 - Decreto istitutivo n.196298(1613) del 16/11/2018**

DIRETTORE: PROF.SSA GABRIELLA PAGAVINO

DOMANDA DI ISCRIZIONE

cognome	
nome	
luogo di nascita	Prov./Stato
data di nascita	codice fiscale
cittadinanza	
domicilion.	
C.A.P.	ComuneProv.
telefonotel. cellulare	
e-mail	

CHIEDE L'ISCRIZIONE

in qualità di candidato ordinario;

al Corso di perfezionamento in “*Endodonzia clinica: innovazione tecnologica per una terapia prevedibile*”.

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 MAGISTRALE/SPECIALISTICA (COME DA ART. 3 DEL DECRETO ISTITUTIVO) in

.....

Facoltà/Istituto Università di/sito in

conseguito in data con votazione su lode SÌ 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** a 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 "Endodonzia clinica: innovazione tecnologica per una terapia prevedibile", 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 "Endodonzia clinica: innovazione tecnologica per una terapia prevedibile", 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: *Endodonzia clinica: innovazione tecnologica per una terapia prevedibile - 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

