

Corso di perfezionamento in
“Infermieristica pediatrica ambulatoriale e di comunità”

Dipartimento di Scienze della Salute (DSS)

anno accademico 2019/20 - Decreto istitutivo n. 157032(1078) del 17/09/2019

Direttore: Prof. Giovanni Maria Poggi

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 al Corso di perfezionamento in:

“Infermieristica pediatrica ambulatoriale e di comunità”

- in qualità di candidato ordinario;
- in qualità di dipendente dell'Azienda Universitaria Ospedaliero Careggi (AOUC);
- in qualità di dipendente dell'Azienda Universitaria Ospedaliero MEYER (AOU Meyer);
- in qualità di personale tecnico amministrativo dell'Ateneo fiorentino;
- in qualità di uditore, iscritto ad Albo delle Professioni Infermieristiche aderente alla Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI), non in possesso del diploma di laurea;

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€ (200€ per gli uditori)** 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**) per un totale di **516€ (216€ per gli uditori)**, 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. 2019/2020 (**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: IT 88 A 02008 02837 000041126939, a favore dell'Università degli Studi di Firenze, Corso di perfezionamento in “**Infermieristica pediatrica ambulatoriale e di comunità**”, a.a. 2019/2020 (**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**” a.a. 2019-2020. 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
