

AL MAGNIFICO RETTORE
 dell'Università degli Studi di Firenze
 Segreteria Post-Laurea
 Via Gino Capponi, 9
 50121 FIRENZE

--	--	--	--	--	--	--	--

N. MATRICOLA
 (da compilarsi a cura della Segreteria)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

cognome e nome |_____|

sexso M F nato/a il |__|__| |__|__| |__|__|__|__| a |_____|

prov. |__|__| nazione di nascita |_____| cittadinanza |_____|

CHIEDE

con riferimento al Corso di perfezionamento e alta formazione in

"Azioni civili e consulenza tecnica nella L. 8 marzo 2017, n. 24 – Laboratorio permanente sulla responsabilità sanitaria"

L'iscrizione alla singola lezione:

(per la scelta delle lezioni vedasi il decreto istitutivo)

- | | |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> I LEZIONE IN PRESENZA | <input type="checkbox"/> I LEZIONE ON LINE |
| <input type="checkbox"/> II LEZIONE IN PRESENZA | <input type="checkbox"/> II LEZIONE ON LINE |
| <input type="checkbox"/> III LEZIONE IN PRESENZA | <input type="checkbox"/> III LEZIONE ON LINE |
| <input type="checkbox"/> IV LEZIONE IN PRESENZA | <input type="checkbox"/> IV LEZIONE ON LINE |
| <input type="checkbox"/> V LEZIONE IN PRESENZA | <input type="checkbox"/> V LEZIONE ON LINE |

N.B.: agli iscritti a titolo gratuito è assicurata esclusivamente la partecipazione in modalità telematica.

L'iscrizione in presenza verrà accettata compatibilmente con la capienza dell'aula a disposizione e in ordine di arrivo distinto per categoria professionale.

In qualità di (scegliere esclusivamente le categorie previste nel decreto istitutivo):

- candidato ordinario in possesso di laurea di I° o II° livello conseguita secondo l'ordinamento ex DM 270/2004 oppure ex DM 509/99 o antecedenti
- studente iscritto a corsi di laurea o laurea magistrale presso l'Università degli Studi di Firenze, in possesso dei requisiti di accesso richiesti per l'iscrizione al Corso
- iscritto a corso di dottorato presso l'Università degli Studi di Firenze ed in possesso dei requisiti di accesso richiesti per l'iscrizione al Corso
- assegnista di ricerca e personale ricercatore e docente appartenente ai Dipartimenti che hanno approvato il Corso
- dipendente tecnico-amministrativo presso l'Università degli Studi di Firenze
- dipendente dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi (AOUC)
- dipendente dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer (AOU Meyer)



- dipendente dell'Azienda USL Toscana Centro
 altro | _____

A tal fine, valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del **D.P.R. 445/2000** 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

Il/La sottoscritto/a, informato/a che le dichiarazioni false, l'indicazione di dati non corrispondenti al vero e l'uso di atti falsi sono puniti con specifiche sanzioni penali con la perdita dei benefici eventualmente conseguiti,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ'
(COMPILARE SOLO I CAMPI APPLICABILI AL CASO)

1) di esercitare la professione di

- Avvocato
 Medico
 Altro: _____

E di essere iscritto all'Albo | _____

DICHIARA INOLTRE

- di essere a conoscenza** delle norme e dei termini previsti dal decreto istitutivo del corso;
 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;
 di effettuare il pagamento di quanto previsto dal decreto istitutivo, tramite pago pa

QUOTA DI ISCRIZIONE:

- la quota di iscrizione per i candidati che decidano di partecipare alla singola lezione in presenza è di € 100,00 oltre € 16 dell'imposta di bollo
 la quota di iscrizione per i candidati che decidano di partecipare alla singola lezione in modalità telematica è di € 80,00 oltre € 16 dell'imposta di bollo

N.B.: si ricorda che anche in caso di esenzione dal pagamento della quota di iscrizione, dovrà comunque essere corrisposta l'imposta di bollo per € 16,00.

(luogo e data)

(firma)

Allegati:

altro | _____

