



Spazio per il protocollo

	MATRICOLA _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ <small>Riservato alla Segreteria</small>
--	---

Al Direttore del MASTER in
MA358 - ASSISTENZA INTEGRATA TERRITORIO OSPEDALE
in sigla MA358
Università Telematica Pegaso
Piazza Trieste e Trento, 48
80132 Napoli

Oggetto: MA358 - ASSISTENZA INTEGRATA TERRITORIO OSPEDALE

La/il Sottoscritta/o

Cognome: _____

Nome: _____

Chiede di essere iscritta/o per l a.a. 2014/2015 al

MA358 - ASSISTENZA INTEGRATA TERRITORIO OSPEDALE

A tal fine, avvalendosi delle impostazioni di cui all art.46 del DPR 28 Dicembre 2000 n. 445 e consapevole che chi dichiarerà il falso vedrà decadere i benefici ed incorrerà nelle sanzioni penali previste per le false dichiarazioni dagli artt. 75 e 76, del DPR anzidetto

E.C.P. NURSIND

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

1. di essere nata/o il _____ a _____

prov. _____ Nazione _____

2. tel. _____ cellulare. _____ e-mail. _____

3. di avere il seguente codice fiscale _____

4. di essere residente in _____

prov. _____ via _____

n. _____ c.a.p. _____

5. di eleggere il seguente indirizzo:

in _____

prov. _____ via _____

n. _____ c.a.p. _____

quali recapiti cui essere contattato e per inviare le comunicazioni e le documentazioni relative alla presente procedura di iscrizione e di impegnarsi a far conoscere le eventuali successive variazioni;

6. di essere in possesso del **DIPLOMA DI LAUREA** (secondo l'ordinamento antecedente al DM 509/99) in:

Facoltà. _____

Università di. _____

conseguito in data. _____

7. di essere in possesso del **DIPLOMA TRIENNALE e/o LAUREA MAGISTRALE** in

Facoltà. _____

Università di. _____

conseguito in data. _____

8. di non essere iscritto, per l'a.a 2014/2015, ad altri o ad alcun altro Corso di Laurea ovvero dichiara di aver ottenuto la sospensione dal Corso di Laurea in:

Facoltà. _____

Università di. _____

Con provvedimento n. _____

emesso da. _____

9. di essere in possesso del **DIPLOMA** conseguito in base alla precedente normativa degli appartenenti alle **PROFESSIONI SANITARIE** di cui le leggi 26/02/1999 n.42, 10/08/2000 n.251 e 01/02/2006/ n. 43

in. _____ anno _____ in data (gg/mm/aaaa) _____

Istituto. _____

Città . _____ Prov. _____ via. _____

N. _____ C.A.P. _____

10. di essere in possesso del **DIPLOMA di ISTRUZIONE SECONDARIA** in

conseguito nell'anno scolastico: _____ in data (gg/mm/aaaa) _____

presso l'istituto _____

città _____ Prov. _____

Via _____ n. _____ C.A.P. _____

11. di aver letto il regolamento sulle condizioni di utilizzo, sul sito dell'Università Telematica Pegaso all'indirizzo [http://www.unipegaso.it/docs/Regolamento%20Postlaurea%20\(ultima%20release\).pdf](http://www.unipegaso.it/docs/Regolamento%20Postlaurea%20(ultima%20release).pdf), di esserne a piena conoscenza e di accettarne pertanto il contenuto;

12. di aver letto l'informativa sulla privacy di cui all'art. 13 del D.lgs. 196/2003 sul sito dell'Università Telematica Pegaso, all'indirizzo <http://www.unipegaso.it/website/privacy.php>. e pertanto con la sottoscrizione della presente domanda di autorizzare la comunicazione e diffusione dei miei dati personali in possesso dell'Università:

(inserire **Si** per dare il consenso, **NO** per negare il consenso)

13. di aver visionato il bando e/o la scheda informativa sul sito <http://www.unipegaso.it>, nella pagina dedicata ai post laurea di cui alla presente domanda, e pertanto di essere a conoscenza delle norme e dei termini, anche amministrativi, previsti e di accettarne senza riserva alcuna tutte le condizioni;

14. di riconoscere dovute, qualora avesse scelto il pagamento dilazionato dell'iscrizione, le rate non versate secondo le scadenze stabilite nel bando e/o nella scheda informativa;

15. ai fini dell'agevolazione prevista nel bando e/o nella schermata informativa, di essere iscritto all'associazione Sindacale **NURSIND** che ha sottoscritto apposita convenzione con l'Università Telematica Pegaso per il MASTER di cui alla presente domanda;

16. di prendere atto, allorchè la presente fosse priva di marca da bollo e/o dei documenti richiesti da allegare e/o contenga dati inesatti o non contenga i dati richiesti, che questa sarà respinta senza averne comunicazione alcuna;

17. di prendere atto che ai fini fiscali per le determinazioni di legge la copia del/dei bonifico/i, se correttamente eseguito/i secondo le indicazioni riportate nel bando e/o nella scheda informativa, è/sono documento/i sufficiente/i e che pertanto l'Università Telematica Pegaso non emetterà quietanza alcuna sui pagamenti ricevuti.

La/Il sottoscritta/o allega alla presente domanda:

fotocopia di un documento di riconoscimento valido;

fotocopia della tessera del codice fiscale;

fotocopia dell'istanza d'iscrizione a **NURSIND** per usufruire della convenzione;

copia dell'avvenuto pagamento dell'intera retta/prima rata con cui l'Università adempirà per conto dello studente anche all'obbligo normativo della marca da bollo (che quiNdi non verrà più apposta) e a tutti gli altri costi previsti dalla normativa vigente, mediante bonifico bancario, su **IBAN: IT 20 Y 02008 03493 000103281754**

(indicare nella causale del bonifico il proprio nome e la Sigla del Corso: MA358 e barrare l'edizione scelta)

I EDIZIONE	II EDIZIONE	III EDIZIONE	IV EDIZIONE
------------	-------------	--------------	-------------

Data _____

Firma _____

DICHIARAZIONE DI TIROCINIO

Cognome: _____

Nome: _____

Nato/a a: _____

il: _____

Impiegato presso: _____

(struttura di appartenenza – attenzione: il non occupato o libero professionista deve compilare la riga)

avvalendosi delle disposizioni di cui all'art. 46 del DPR 28 Dicembre 2000 n. 445 e consapevole che chi dichiarerà il falso vedrà decadere i benefici ottenuti ed incorrerà nelle sanzioni penali previste per le false dichiarazioni dagli artt. 75 e 76, del DPR anzidetto,

dichiara

- di essere consapevole che il tirocinio formativo, che consta di **(vedasi bando)**, dovrà essere svolto presso le strutture con le quali l'Università ha o definirà nuove convenzioni. L'Università si riserva il diritto di attivare nuove convenzioni con la struttura presso le quali il corsista risulta essere dipendente;
- per tutti coloro che al momento dell'immatricolazione risultino NON OCCUPATI o LIBERI PROFESSIONISTI, l'Università oltre alle convenzioni già in essere, si riserva di attivare ulteriori convenzioni con strutture idonee;
- di essere informato che al termine del tirocinio, l'attività svolta dovrà essere certificata mediante Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione firmata dal Rappresentante Aziendale o da un suo delegato o dal Tutor aziendale.

Il sottoscritto indica di seguito l'Ente presso il quale svolgere il proprio Tirocinio.

Struttura prescelta: _____

con sede in via: _____

numero: _____

cap: _____

Persona da contattare appartenente alla struttura scelta per la definizione della convenzione: _____

Tel: _____

e-mail: _____

Data _____

Firma _____