



Spazio per il protocollo

	MATRICOLA Riservato alla Segreteria
--	---

Al Direttore del MASTER in
Sanità Digitale a supporto della medicina territoriale
in sigla **MA1599**
Università Telematica Pegaso
Centro Direzionale
Isola F2 - 80143 - Napoli

Oggetto: Sanità Digitale a supporto della medicina territoriale

La/il Sottoscritta/o

Cognome: _____

Nome: _____

Chiede di essere iscritta/o per l a.a. 2023/2024

Sanità Digitale a supporto della medicina territoriale

E.C.P. (se l'iscrizione è stata effettuata attraverso un Polo Didattico (ECP)
o un nostro referente, inserire il codice di riferimento)

CONVENZIONE

INFAP OPENFORM

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 2023/2024, 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 di ISTRUZIONE SECONDARIA** in

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

presso l'istituto _____

città _____ Prov. _____

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

10. 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) _____

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/cond_util_post_pdf, di esserne a piena conoscenza e di accettarne pertanto il contenuto;
12. di aver letto l'informativa sulla privacy di cui AI SENSI DEL REGOLAMENTO (UE) n. 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO DEL 27 APRILE 2016 sul sito dell'Università Telematica Pegaso, all'indirizzo <http://www.unipegaso.it/website/privacy.php>. e a tal fine:
- ☐ * autorizzo la comunicazione dei miei dati rimessi nella disponibilità dell'Università.
- * inserire SI per dare il consenso NON 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. di prendere atto, allorché 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;
16. 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 di iscrizione al sindacato (qualora indicato precedentemente);

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

☐ copia dell'avvenuto pagamento dell'intera retta/prima rata **oltre i 116 Euro** con cui l'Università adempirà per conto dello studente 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 44 M 03075 02200 CC8500647145

(indicare nella causale del bonifico il proprio nome e la Sigla del Corso: MA1599)

Data _____ Firma _____