

Corso di perfezionamento in

**“Medicina Tropicale e Cooperazione Sanitaria”
Dipartimento di Medicina sperimentale e Clinica (DMSC),
anno accademico 2020/21 - Decreto istitutivo n. 1474 (215763) del 04/12/2020**

DIRETTORE: PROF. ALESSANDRO BARTOLONI

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:

“MEDICINA TROPICALE E COOPERAZIONE SANITARIA”

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

Facoltà/Istituto Università di/sito in

conseguito in data con votazione su lode SINO;

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) _____*

di essere **figlio di titolari di pensione di inabilità ai sensi dell'art. 30 della Legge 30 marzo 1971, n. 118.**

È comunque dovuta l'imposta di bollo da versare in una delle modalità riportate all'art. 8. Gli iscritti con esonero non concorrono al raggiungimento del numero minimo richiesto per l'attivazione del Corso.

Allegati obbligatori:

ricevuta dell'attestazione di quietanza comprovante l'avvenuto pagamento della quota di iscrizione di **1000€**, 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 complessivo** di **1016€**, 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 "Medicina Tropicale e Cooperazione Sanitaria", a.a. 2020/2021 (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: IT 88 A 02008 02837 000041126939**, a favore dell'Università degli Studi di Firenze, Corso di perfezionamento in "**Medicina Tropicale e Cooperazione Sanitaria**", a.a. 2020/2021 (**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: **Medicina Tropicale e Cooperazione Sanitaria** 2020-2021. 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

DATA

FIRMA

