

Al Magnifico Rettore
dell'Università degli Studi di Firenze

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

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

- cognome e nome |_____|

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

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

con riferimento al Corso di perfezionamento e alta formazione

“Laboratorio permanente sulla responsabilità sanitaria: azioni civili e consulenza tecnica nella L. 8 marzo 2017, n. 24”

CHIEDE

l'iscrizione al Corso intero secondo la modalità:

- Didattica in presenza Didattica 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
- candidato entro il 28° anno di età alla data di scadenza della domanda
- candidato che abbia partecipato alle precedenti edizioni del presente corso e del corso “CTU e processo civile”
- professionista iscritto all'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze, in possesso dei requisiti di accesso, a cui sia stata riservata la possibilità di iscriversi a titolo gratuito in modalità telematica
- studente iscritto a corsi di laurea o laurea magistrale presso l'Università degli Studi di Firenze, in possesso dei requisiti di accesso
- iscritto ai corsi di dottorato presso l'Università degli Studi di Firenze ed in possesso dei requisiti di accesso (allegare autorizzazione del Collegio dei docenti del dottorato)
- 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 previa valutazione positiva ai sensi del D.D.G. 31 dicembre 2015 n. 2289, prot. n. 178709 integrato da nota del Dirigente della Formazione 3 luglio 2009, prot. n. 120692 (allegare valutazione positiva)
- dipendente dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi (allegare autorizzazione)
- dipendente dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer (allegare autorizzazione)
- dipendente dell'Azienda USL Toscana Centro (allegare autorizzazione)
- 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

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ'

di esercitare la professione di: Medico Avvocato

E di essere iscritto all'Albo |_____|

N.B.: si ricorda che l'esenzione viene applicata alla sola quota di iscrizione, tutti i partecipanti al corso dovranno corrispondere l'imposta di bollo pari a € 16

_____ (data)

_____ (firma)

Allegati:

.....