



Spazio per il protocollo

	MATRICOLA                     Riservato alla Segreteria
--	--

Al Direttore del MASTER in  
**MANAGEMENT PER LE FUNZIONI DI COORDINAMENTO NELL'AREA DELLE PROFESSIONI SANITARIE**  
in sigla **MA1656**

Università Telematica Pegaso  
Centro Direzionale  
Isola F2 - 80143 - Napoli

**Oggetto:** MANAGEMENT PER LE FUNZIONI DI COORDINAMENTO NELL'AREA DELLE PROFESSIONI SANITARIE

La/il Sottoscritta/o

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Chiede di essere iscritta/o per l a.a. 2024/2025

**MANAGEMENT PER LE FUNZIONI DI COORDINAMENTO NELL'AREA DELLE PROFESSIONI SANITARIE**

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

**CONVENZIONE**

**OPENFORM SA**

**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 \_\_\_\_\_

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 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](http://www.unipegaso.it/docs/cond_util_post_pdf), di esserne a piena conoscenza e di accettarne pertanto il contenuto;
11. 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.
12. 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;
13. 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;
14. 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;
15. 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;

copia dell'avvenuto pagamento dell'intera retta/prima rata **oltre i 50 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: MA1656)

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_