PEGASO
Università Telematica
D.M. 20 04 2006 G.U. n° 118 del 23 05 2006

Marca da bollo

BOLLO ASSOLTO IN MODO VIRTUALE
(D.P.R. n° 642 del 26/10/72)
AUT. Num 182552/2012

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 **MA1882**
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. 2026/2027

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

SEGRETERIA PIACE

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 pro-

cedura 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, 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 120 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: MA1882)

Data _____ **Firma** _____