



UNIVERSITÀ
di **VERONA**

AL RETTORE MAGNIFICO DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI VERONA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____
CODICE FISCALE _____
NAZIONALITA' _____
NATO/A A _____ Provincia (____), il _____
RESIDENTE A _____ PROVINCIA (____)
VIA _____ N _____ CAP _____
TEL. _____ CELL. _____ EMAIL _____

CHIEDE PER L'A.A.2017/18

di essere ISCRITTO/A al concorso di ammissione del MASTER DI SECONDO LIVELLO IN FARMACOVIGILANZA E DISCIPLINE REGOLATORIE DEL FARMACO per i soli insegnamenti indicati nella tabella in calce.

A tal fine (consapevole delle responsabilità penali previste in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, art. 76 del D. P. R. 28 dicembre 2000 N. 445)

DICHIARA

1 – di aver conseguito il Diploma in _____
nell' a.s. _____/_____ presso l'Istituto _____
con sede in via _____ n. _____ Località _____ Prov.(____)

2 – di aver conseguito la

a – laurea

b – laurea magistrale/specialistica/ante riforma (anche a ciclo unico)

in _____

in data _____ presso l'Università degli Studi di _____ con la seguente
votazione ____/110 e _____

ALLEGA

- copia di un documento di identità in corso di validità
- curriculum vitae



SCELTA INSEGNAMENTI SINGOLI

N.	Denominazione	CFU	Selezionare con una X
1	PACCHETTO 1: INSEGNAMENTI 1,2,9,10,11,13 DISCIPLINE REGOLATORIE	14	<input type="checkbox"/>
2	PACCHETTO 2: INSEGNAMENTI 5,6,7,8,9,11,12 FARMACOVIGILANZA	17	<input type="checkbox"/>
3	INSEGNAMENTO 3: FARMACOEPIDEMIOLOGIA	5	<input type="checkbox"/>

Verona, li _____

Firma dell'interessato
