



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 _____

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 _____

CHIEDE

**DI ESSERE ISCRITTO/A AI SINGOLI INSEGNAMENTI DEL MASTER IN FARMACOVIGILANZA E
DISCIPLINE REGOLATORIE DEL FARMACO A.A. 2020/2021 (MAX 20 CFU)**

Denominazione pacchetto	INSEGNAMENTI	CFU	Selezionare con una X
1.DISCIPLINE REGOLATORIE	- FARMACOVIGILANZA: QUADRO REGOLATORIO, RUOLO E COMPITI DELLE AGENZIE REGOLATORIE EUROPEA E ITALIANA - PREPARAZIONE E PRESENTAZIONE DOSSIER REGISTRATIVO RICHIESTA PREZZO E RIMBORSABILITA' DI UN FARMACO	10	<input type="checkbox"/>



	<ul style="list-style-type: none">- FARMACOVIGILANZA, DISPOSITIVO VIGILANZA E INDUSTRIA- HEALT TECHNOLOGY ASSESSMENT		
2. FARMACOVIGILANZA	<ul style="list-style-type: none">- LE REAZIONI AVVERSE DA FARMACI- FARMACOVIGILANZA: QUADRO REGOLATORIO, RUOLO E COMPITI DELLE AGENZIE REGOLATORIE EUROPEA E ITALIANA- METODI IN FARMACOVIGILANZA- NUTRIVIGILANZA E FITOVIGILANZA- FARMACOVIGILANZA, DISPOSITIVO VIGILANZA E INDUSTRIA- SALUTE, MEDICINA E TERAPIE DIGITALI	17	<input type="checkbox"/>
3. FARMACOEPIDEMOLOGIA	FARMACOEPIDEMOLOGIA	5	<input type="checkbox"/>

ALLEGA

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

Verona, li _____

Firma dell'interessato
