

Magnifico Rettore dell'Università degli Studi Magna Graecia

Ufficio Protocollo

Viale Europa loc. Germaneto

Campus Universitario "Salvatore Venuta"

88100 Catanzaro

Il/La sottoscritto/o (Cognome)

(Nome)

Codice fiscale Sesso (M/F)

nato/a ila

residente in via/piazza, n

C.A.P. Comune

prov..... tel.

e-mail

in relazione alla restituzione della somma di euro 100,00 deliberata in data 29.7.2020 dal Senato Accademico di codesta Università in considerazione dell'abolizione della prova scritta conclusiva ai fini dell'abilitazione alla professione di Medico chirurgo, ex art. 102 del D.L. 18/2020, dichiara

- di aver presentato a questo Ateneo domanda di ammissione alla II sessione dell'esame di Stato di Medico chirurgo anno 2019 e di aver conseguito l'abilitazione ex art. 102 c. 3 del D.L. 18/2020, con tirocinio post-laurea ex D.M. 445/2001;
- aver presentato a questo Ateneo domanda di ammissione alla I sessione dell'esame di Stato di Medico chirurgo anno 2020 e di aver conseguito l'abilitazione ex art. 102 c. 1 del D.L. 18/2020, con tirocinio pre-laurea ex D.M. 58/2018;
- aver presentato a questo Ateneo domanda di ammissione alla I sessione dell'esame di Stato di Medico chirurgo anno 2020, di essere stato assente alla medesima e di aver presentato a questo Ateneo domanda di ammissione alla _____ sessione del tirocinio abilitante ex D.M. 445/2001 per l'anno 2020 (*specificare se si tratta della II o della III sessione*).

A tal fine il/la sottoscritto/a allega:

- modulo "dati anagrafici e modalità di pagamento"
- copia di un documento di riconoscimento in corso di validità
- a) ricevuta in originale di versamento (presso Ufficio postale/bancario/ricevitoria, ecc.) del contributo di euro 300,00 a favore dell'Università per la partecipazione all'esame di Stato di Medico Chirurgo sopra indicato
- b) ricevuta di versamento (effettuato con modalità telematica) del contributo di euro 300,00 a favore dell'Università per la partecipazione all'esame di Stato di Medico Chirurgo sopra indicato

Luogo e data _____

Firma

SEZIONE 1 DATI ANAGRAFICI E MODALITA' DI PAGAMENTO

Il/la sottoscritto/a, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 dichiara quanto segue:

A.1	Cognome						
A.2	Nome						
A.3	Sesso	M	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	barrare la relativa casella	
A.4	Luogo di nascita	Comune (o Stato Estero) di nascita				Provincia (sigla)	
A.5	Data di nascita	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	giorno, mese, anno (gg/mm/aaaa)	
A.6	Codice fiscale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A.7	Cittadinanza						
A.8	Residenza e/o Domicilio Fiscale	Comune			Provincia (sigla)		C.A.P.
		via e numero civico					
A.9	Recapito indicare solo se diverso dalla residenza	Comune			Provincia (sigla)		C.A.P.
		via e numero civico					
A.10		Telefono abitazione			Telefono ufficio		
		Telefono cellulare			Fax		
		Indirizzo di posta elettronica (obbligatorio e leggibile)					
A.11 Pagamento su c/c bancario /bancoposta o Carta prepagata Avvertenza: il c/c deve essere intestato o cointestato al dichiarante		Denominazione Banca / Agenzia					
		oppure inserire sotto codice IBAN (27 caratteri alfanumerici, senza barre o virgole)					
CODICE PAESE	CIN IBAN	CIN	ABI	CAB	NUMERO DI CONTO CORRENTE		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
AVVERTENZA: i titolari di c/c europei ed extra - europei devono indicare anche:							
Codice BIC / SWIFT			Codice ABA/ROUTING NUMBER				
<input type="text"/>			<input type="text"/>				

Luogo e data

Firma (per esteso e in forma leggibile)