



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ENNA "KORE"

## ISCRIZIONE ALLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE E AUTOCERTIFICAZIONE

Il/La sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ N° Tel. \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

avvalendosi delle disposizioni di cui all'art 46 del DPR 28.12.2000 n. 445, consapevole delle pene stabilite dall'art 76 del predetto DPR 445/2000 per le false attestazioni e le dichiarazioni mendaci, le quali comportano anche l'applicazione delle sanzioni amministrative da parte dell'Università

### DICHIARA

di essere in possesso della Laurea in \_\_\_\_\_, classe di laurea \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ presso l'Università \_\_\_\_\_ con la valutazione di \_\_\_ / \_\_\_\_\_

di essere in possesso dell'Abilitazione all'esercizio della professione di Medico Chirurgo  
(barrare una delle suddette caselle)

- avendo sostenuto in data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ l'Esame di Stato per l'abilitazione presso l'Università \_\_\_\_\_ nell'anno \_\_\_\_\_, nella sessione \_\_\_\_\_, con voto \_\_\_ / \_\_\_\_\_;
- avendo conseguito il titolo di Laurea Abilitante;
- essendo abilitato ai sensi dell'art.102 del D.L. n. 18 del 17/03/2020 presso l'Università \_\_\_\_\_ nell'anno \_\_\_\_\_, nella sessione \_\_\_\_\_, con voto \_\_\_ / \_\_\_\_\_;

di essere iscritto all'Ordine Provinciale di \_\_\_\_\_ dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri dal \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_;

### CHIEDE

l'iscrizione per l'Anno accademico 2023/2024 al I anno della Scuola di Specializzazione in \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di Enna "Kore".

Data, \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_