

DI PARTECIPARE ALL'ESAME DI AMMISSIONE AL MASTER DI II LIVELLO IN MEDICINA DEI DISASTRI DELLA FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA PER L'ANNO ACCADEMICO 2011/2012

TO BE ALLOWED TO PARTICIPATE TO THE SELECTION FOR THE II LEVEL MASTER "EUROPEAN MASTER IN DISASTER MEDICINE" AT THE FACULTY OF MEDICINE IN THE ACADEMIC YEAR 2011/2012

DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA CHE IN CASO DI AMMISSIONE AL PREDETTO MASTER PROVVEDERÀ – PENA LA DECADENZA – A PERFEZIONARE L'ISCRIZIONE MEDIANTE LA CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE PRESCRITTA NEL BANDO ENTRO E NON OLTRE IL 10 GIORNI SUCCESSIVI ALLA DATA DI AFFISSIONE DELLA GRADUATORIA ALL'ALBO DELLA SEGRETERIA STUDENTI DELLA FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

I DECLARED TO HAVE BEEN INFORMED THAT IN CASE OF ADMISSION I WILL APPLY TO A FORMAL REGISTRATION DELIVERING ALL THE REQUIRED DOCUMENTS THAT SHOULD BE PROVIDED TO THE STUDENTS' SECRETARY OF THE FACULTY OF MEDICINE WITHIN TEN DAYS AFTER NOTIFICATION.

CON OSSERVANZA,
YOURS FAITHFULLY

LUOGO/ PLACE DATA/DATE

FIRMA/SIGNATURE

IN TEMA DI TUTELA DELLA RISERVATEZZA, DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA CHE I DATI PERSONALI CONTENUTI NELLA PRESENTE DOMANDA E GLI ALTRI EVENTUALMENTE ACQUISITI DA CODESTA UNIVERSITÀ NELLO SVOLGIMENTO DEL MASTER IN MEDICINA DEI DISASTRI DELLA FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA SARANNO TRATTATI AI SENSI DELLA LEGGE 675/1996.

THIS IS TO CERTIFY THAT I HAVE BEEN INFORMED THAT, DUE TO PRIVACY REASONS, ALL PERSONAL DATA IN THIS APPLICATION FORM OR ANY OTHER DATA ACQUIRED BY THIS UNIVERSITY DURING THE COURSE OF THE EUROPEAN MASTER OF DISASTER MEDICINE WILL BE MANAGED BASING ON THE ITALIAN LAW 675/1996 ON PRIVACY.

LUOGO/ PLACE DATA/DATE

FIRMA/SIGNATURE