

Direzione Generale
Formazione, Ricerca e Innovazione

Oggetto: Domanda di accesso presso l’Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena

Io sottoscritto/a.....

nato/a..... il

Codice Fiscale n°.....

Laureando iscritto ad Università non convenzionate (specificare Università, corso di Laurea e titolo tesi)
.....
.....

Laureato non ancora in possesso dei requisiti richiesti per l’ammissione alla *frequenza volontaria* (specificare titolo di studio conseguito e data del conseguimento)
.....
.....

CHIEDO

ai sensi del vigente regolamento di codesta Azienda Ospedaliero Universitaria concernente la frequenza volontaria e gli accessi per motivi di studio, di essere ammesso a frequentare dal al.....

la seguente Struttura (esprimere una sola preferenza):
.....

Dichiaro sotto la mia personale responsabilità:

(Consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dall’art. 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000)

- di essere residente
in Via.....
n..... CAP Comune di (Prov).....
Tele-mail.....
- di essere domiciliato (se diverso dalla residenza)
in Via.....

n..... CAP Comune di (Prov).....

Tele-mail.....

- di essere immune da condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso (indicare eventuali carichi pendenti o eventuali condanne subite)

.....
.....

Data

Firma per esteso e leggibile

I dati personali forniti dall'interessato saranno trattati in conformità a quanto previsto dal D.Lgs. 30/06/2003 n. 196 come modificato dal D.lgs. 101/2018 e dal Regolamento UE 2016/679. L'interessato gode dei diritti di cui agli artt. 15 e seguenti del Regolamento UE citato.

Visto si autorizza _____

(FIRMA E TIMBRO DEL DIRETTORE DELLA STRUTTURA OSPITANTE)

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO RICEVENTE

Il dipendente addetto, Sig.

certifica che il dichiarante sig./dott.

identificato tramite.....

(documento di identificazione ed estremi)

ha reso in sua presenza la dichiarazione.

Data

Firma del dipendente addetto