



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 (MAX 20 CFU)

SCELTA INSEGNAMENTI SINGOLI

N.	Denominazione	CFU	Selezionare con una X
1	PACCHETTO 1: DISCIPLINE REGOLATORIE	12	<input type="checkbox"/>
2	PACCHETTO 2: FARMACOVIGILANZA	12	<input type="checkbox"/>
3	PACCHETTO 3: FARMACOEPIDEMIOLOGIA	5	<input type="checkbox"/>

ALLEGA

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

Verona, li _____

Firma dell'interessato
