*Fac-simile domanda*

Al Direttore del

Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica

E

Al Presidente della Scuola di Scienze della Salute Umana,

Il sottoscritto/a Cognome……………………………….. Nome…………………………………

Nato/a a…………………………………il………………………………………….

Residente a: Paese……………………… Città…………………………………………

Indirizzo:…………………………………………………………………………………………

Indirizzo email: …………………………………………………………………………………..

Cell………………………………….. tel…………………………………..

CHIEDE

Di partecipare al *Bando per l’assegnazione di contributi a supporto dell’iscrizione ai Corsi di studio in Assistenza Sanitaria, Infermieristica, Ostetricia, Tecniche della Prevenzione nell’ambiente e nei luoghi di lavoro, Tecniche di Laboratorio Biomedico, Medicina e Chirurgia, Scienze delle Professioni Sanitarie della Prevenzione, Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche* (Decreto Direttore 11744/2018 –Prot.171183 del 17/10/2018) e

DICHIARA

* Di essere iscritto per l’a.a. 2018/2019 al **I° anno** del Corso di Studio in (*specificare il Corso di Studio)* ………………………....………………………………………………………………..
* Di non essere studente fuori corso
* Di essere a conoscenza delle incompatibilità previste dall’art. 2 del bando
* Di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni eventuale cambiamento della propria residenza, del recapito o dell’indirizzo email

In allegato:

* Copia di un documento d’identità in corso di validità

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a che i dati personali trasmessi con la domanda di partecipazione al bando, ai sensi del Regolamento d’Ateneo di attuazione del codice di protezione dei dati personali in possesso dell’Università degli Studi di Firenze e del Regolamento di Ateneo per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, saranno trattati per le finalità di gestione della presente selezione ai sensi del Regolamento Generale sulla protezione dei Dati Personali (Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 Aprile 2016-GDPR come recepito con Dlgs.101/2018 in vigore dal 19/9/2018) relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dati personali.

Luogo e data………………….

Firma

……………………….