

**N.B. NON SARANNO ACCOLTE DOMANDE DI IMMATRICOLAZIONE
INVIATE PER POSTA O A MEZZO FAX**

IMPOSTA DI BOLLO VIRTUALE
Autorizzazione Int. Finanza
n. 21674 del 16.12.1992



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI BARI
ALDO MORO**

DIPARTIMENTO
AMMINISTRATIVO PER LA
SANITÀ

COMPILARE IN STAMPATELLO

**DOMANDA DI IMMATRICOLAZIONE PER L'ANNO ACCADEMICO 2010/2011
CON DICHIARAZIONI RESE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000**

AL MAGNIFICO RETTORE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A	
COGNOME	NOME
SESSO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F CODICE FISCALE	
CITTADINANZA: <input type="checkbox"/> ITALIANA <input type="checkbox"/> ALTRA.....	
INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA	
DATA DI NASCITA/...../.....	
COMUNE.....(.....)	
NAZIONE DI NASCITA: <input type="checkbox"/> ITALIA - ALTRA.....	
INDIRIZZO PRESSO CUI INVIARE EVENTUALI COMUNICAZIONI	
VIA N.....	
PROVINCIA COMUNE	
C.A.P. TELEFONO/..... CELL.....	
Laurea	
Conseguita presso l'Università di.....	
IL ____/____/____ VOTAZIONE/.....	
Abilitazione	
Conseguita presso l'Università di.....	
Nella _____ sessione dell'anno _____ VOTAZIONE/.....	
Possesso di altra specializzazione <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Condizioni Economiche Valore ISEEU anno 2009 € _____. La mancata dichiarazione del valore ISEEU e/o della presentazione del relativo modello, comporterà l'applicazione della quota massima di iscrizione.	

CHIEDE

DI ESSERE IMMATRICOLATO/A PRESSO CODESTA UNIVERSITA' DEGLI STUDI ALLA SCUOLA DI
SPECIALIZZAZIONE IN **FARMACIA OSPEDALIERA**

Bari _____

FIRMA DEL DICHIARANTE

AREA SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE
DELL'AREA SANITARIA, MEDICO-
CHIRURGICA E VETERINARIA

Palazzo Ateneo, P.zza Umberto I 70121 Bari (Italy)
tel (+39) 080 5714170 - 5714171 - 5714179 -
fax (+39) 080 5714802

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ NATO/A IL ____/____/_____
A _____ (_____)

DICHIARA

DI RISPETTARE IL DIVIETO DI CONTEMPORANEA ISCRIZIONE DI CUI ALL'ART. 142 DEL T.U. n. 1592/33,
E ART. 29, PUNTO 5, DEL REGOLAMENTO DIDATTICO DI ATENEIO, EMANATO CON D.R. N. 9231 DEL
12/09/2001.

CONDIZIONI DI DISAGIO

Studente portatore di handicap con invalidità > = 66% (esonero totale)..... SI NO

Studente portatore di handicap con invalidità dal 45% al 65% (esonero parziale 50%)..... SI NO

DIFFUSIONE DATI PERSONALI

**Autorizzazione alla eventuale diffusione dei dati personali nel rispetto
delle disposizioni vigenti** SI NO

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza di quanto prescritto dal Codice Penale sulla
responsabilità cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e dal D.P.R. del
28/12/2000 n° 445.

Bari, _____

firma del dichiarante

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- a) Fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.
- b) Attestazione di versamento prima rata di iscrizione (causale: "1X" Scuola di Spec. in Farmacia Ospedaliera, a.a. 2010/2011) di € 245,00 su conto corrente n. 8706 intestato all'Università degli Studi di Bari.
- c) Attestazione di versamento tassa regionale annuale per il diritto agli studi universitari di € 77,47 (c.c.p. n° 00860700 intestato a A.DI.S.U. Regione Puglia Università Bari – Via G. FORTUNATO – 70124 Bari – causale iscrizione scuola di Specializzazione in Farmacia Ospedaliera a.a. 2010/2011).
- d) Due fotografie identiche, formato tessera, di cui una legalizzata (è possibile effettuare la legalizzazione presso il Settore I, presentandosi muniti di un valido documento di riconoscimento)

AVVISO

1. La SECONDA RATA di € 541,25 (per coloro che dichiarano valore ISEEU superiore a €14.518,38) ovvero di € 405,94 (per coloro che dichiarano valore ISEEU inferiore a € 14.518,38), ovvero € 270,62 (per coloro che dichiarano valore ISEEU inferiore a € 14.518,38 + merito*) dovrà essere versata entro il 31 AGOSTO 2011.

2. La TERZA RATA di € 541,25 (per coloro che dichiarano valore ISEEU superiore a €14.518,38) ovvero di € 405,94 (per coloro che dichiarano valore ISEEU inferiore a € 14.518,38), ovvero € 270,62 (per coloro che dichiarano valore ISEEU inferiore a € 14.518,38 + merito*) dovrà essere versata entro il 31 OTTOBRE 2011.

(*) Il merito è concesso a chi ha ottenuto la laurea con la votazione di 110/110 oppure 110/110 e lode.

E' PREVISTA UNA PENALE DI € 20,00 NEL CASO DI VERSAMENTI EFFETTUATI ENTRO I 30 GIORNI SUCCESSIVI ALLA SCADENZA, DI € 40,00 ENTRO I 60 GIORNI SUCCESSIVI ALLA SCADENZA, DI € 80,00 OLTRE I 60 GIORNI SUCCESSIVI ALLA SCADENZA,.

Tale avviso ha valore di notifica della data di scadenza e dell'importo da versare, pertanto non sarà data nessuna comunicazione personale.

PER PRESA VISIONE _____

Firma dello specializzando

Si attesta
che la fotografia con firma apposta a lato appartiene

al/alla dott./dott.ssa _____

nato/a _____

FOTO

il _____

residente a _____

via _____ n. _____

identificato mediante _____ n. _____

rilasciato in data _____ da _____

Firma dello studente

Bari, _____

Il Funzionario incaricato

AL MAGNIFICO RETTORE
UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI
BARI

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ NATO/A

_____ (_____) IL _____ RESIDENTE IN

_____ (_____) VIA _____
N. _____ CAP _____ ISCRITTO/A PER L'A.A. 2010/2011 ALLA SCUOLA DI
SPECIALIZZAZIONE IN FARMACIA OSPEDALIERA,

DICHIARA

DI ESSERE A CONOSCENZA CHE NON VERRA' DATA COMUNICAZIONE PERSONALE
DELLA DATA DELL'INIZIO DELLE LEZIONI.

Bari, _____

FIRMA DEL DICHIARANTE
