

**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 2012/2013
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 <input type="checkbox"/> 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 2011 € _____ . 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. 2012/2013) di € 246,38 su conto corrente n. 8706 intestato all'Università degli Studi di Bari Aldo Moro.
- c) Attestazione di versamento tassa regionale annuale per il diritto agli studi universitari di € 140,00 (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. 2012/2013).
- d) Due fotografie identiche, formato tessera, di cui una autenticata in bollo di € 16,00 (è possibile effettuare l'autenticazione presso il Settore II-Scuole di Specializzazione biomediche e veterinarie, presentandosi muniti di un valido documento di riconoscimento).

AVVISO

1. La SECONDA RATA di € 578,53 (per coloro che dichiarano valore ISEEU superiore a € 14.518,38) ovvero di € 433,90 (per coloro che dichiarano valore ISEEU inferiore a € 14.518,38), ovvero € 289,27 (per coloro che dichiarano valore ISEEU inferiore a € 14.518,38 + merito*) dovrà essere versata entro il 30 SETTEMBRE 2013.

2. La TERZA RATA di € 578,53 (per coloro che dichiarano valore ISEEU superiore a € 14.518,38) ovvero di € 433,90 (per coloro che dichiarano valore ISEEU inferiore a € 14.518,38), ovvero € 289,27 (per coloro che dichiarano valore ISEEU inferiore a € 14.518,38 + merito*) dovrà essere versata entro il 31 OTTOBRE 2013.

(*) 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 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. 2012/2013 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

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
www.uniba.it

Centro Universitario Grafica e Stampa