

|  |  |
| --- | --- |
| Titolo del corso | Interazione tra professionisti della salute per una corretta ed efficace gestione della farmacia dei servizi |
| Codice del corso | MA1313 |
| Convenzione | Napoli Centro (Pegaso) |
| E.C.P. | Napoli Centro |
| **DATI ANAGRAFICI** | |
| Codice Fiscale |  |
| Nome |  |
| Cognome |  |
| Data di nascita |  |
| Nazione di nascita |  |
| Provincia di nascita |  |
| Città di nascita |  |
| Indirizzo di residenza |  |
| Provincia |  |
| Città |  |
| CAP |  |
| Telefono |  |
| Cellulare |  |
| Email |  |
|  | |
| **TITOLO DI STUDIO: DIPLOMA DI MATURITÀ** | |
| Tipo di scuola |  |
| Titolo diploma |  |
| Anno conseguimento |  |
| Data conseguimento |  |
| Votazione |  |
| Provincia Istituto |  |
| Città Istituto |  |
| Istituto |  |
|  | |
| **TITOLO DI STUDIO: LAUREA O TITOLO EQUIPOLLENTE** | |
| Tipo di Laurea |  |
| Classe di Laurea |  |
| Anno conseguimento |  |
| Data conseguimento |  |
| Votazione |  |
| Provincia Istituto |  |
| Istituto |  |

Modulo per accesso al costo in convenzione

Inviare la seguente documentazione: copia del documento di riconoscimento, copia del codice fiscale/tessera sanitaria, autocertificazione del titolo di studi, copia del bonifico bancario alle seguenti coordinate bancarie: UNIVERSITÀ TELEMATICA PEGASO (Banca Generali) IBAN: IT 44 M 03075 02200 CC8500647145  
Indicare nella causale del bonifico codice fiscale preceduto dalle lettere CF ed il codice del corso.  
**A tal fine, avvalendosi delle impostazioni di cui all’art.46 del DPR 28 Dicembre 2000 n°445 e consapevole che chi dichiarerà il falso vedrà decadere i benefici ed incorrerà nelle sanzioni penali previste per le false dichiarazioni dagli artt.75 e 76, del DPR anzidetto.  
Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196 del 30 giugno 2003.**