**Modulo di iscrizione al Master di II livello in**

**“Organizzazione e gestione dell’Iter diagnostico e terapeutico delle Aziende Sanitarie - MAOGIDIT” - A.A. 2020-2021**

Al Magnifico Rettore

Università LUM

Casamassima

Il Dottor/La Dottoressa

Cognome . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Nome . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**CHIEDE**

di essere iscritto al Master di II livello in Organizzazione e gestione dell’Iter diagnostico e terapeutico delle Aziende Sanitarie - MAOGIDIT**.**

**A tal fine, consapevole:**

*delle sanzioni penali previste dall'art. 76, D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e del fatto che l'iscrizione verrà annullata nel caso in cui le dichiarazioni rese risultassero false;*

**AUTOCERTIFICA**

ai sensi del D.P.R. 445/2000

di avere il seguente codice fiscale . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

di essere nato/a il . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Luogo di nascita . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Provincia . . . . . Stato . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

di avere cittadinanza . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

di essere residente in (città) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Provincia . . . . . Stato . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Via . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Cap . . . . . . . . . . Telefono . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Di avere recapito in (città) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Provincia . . . . . Stato. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Via . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Cap . . . . . . . Telefono . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Cellulare . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

e-mail . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**di avere conseguito**

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

*indicare precisamente il titolo di studio conseguito (per essere ammessi ai Master universitari di II livello occorre essere in possesso di laurea quadriennale (vecchio ordinamento), oppure laurea magistrale o laurea specialistica*

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

*indicare precisamente la DENOMINAZIONE del corso di studi superato*

in data . . . . . . . . . . . . . con votazione . . . . . . su . . . . . . .

presso . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

di . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Facoltà . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

durata (anni di corso) . . . . . . . . . . . . . .

**Dichiara inoltre**

di non essere iscritto ad altro corso o Master universitario

**Dichiara infine**

Di aver preso visione delle norme legislative e regolamentari che riguardano l’ordinamento didattico ed il piano di studi del Master cui chiede l’iscrizione e di accettarne senza riserva tutte le condizioni.

Di aver preso visione della quota di partecipazione pari ad **Euro 2.950,00** (Esente IVA).



Di accettare integralmente le seguenti condizioni:

***a)*Il pagamento** dovrà essere effettuato mediante **bonifico bancario** presso UBI Banca a favore dell’università Lum Giuseppe Degennaro (IBAN: IT78 P031 1104 0070 0000 0007 649) indicando come causale: “Cognome Nome – n. rata Iscrizione Master MAOGIDIT A.A. 20/21”.

***b)***L’attestazione dell’avvenuto pagamento della seconda e terza rata dovrà essere inviata all’Ufficio Master al seguente indirizzo e-mail: [schoolofmanagement@lum.it](mailto:schoolofmanagement@lum.it).

***c)***Fermo restando l’obbligo di corrispondere quanto dovuto, **il mancato pagamento delle rate successive alla prima determinerà la sospensione dal Master** (con impossibilità di sostenere esami e frequentare le lezioni) fino a regolarizzazione della posizione.

***d)***Il mancato saldo delle rate successive alla prima entro i termini previsti, con versamento effettuato oltre il quinto giorno dalla scadenza, comporta il **pagamento di una penale di € 200,00**.

***e)*In caso di ritiro o rinuncia dal Master**, il dichiarante non avrà alcun diritto a richiedere la restituzione di quanto già versato a titolo di quota di iscrizione e sarà, allo stesso tempo, obbligato a versare le restanti rate della quota complessiva di iscrizione.

*f)***È possibile recedere** dal presente contratto senza dover corrispondere alcuna penale e senza dover fornire alcuna motivazione entro il termine di 14 (quattordici) giorni lavorativi dalla data di iscrizione.

Il recesso dovrà essere esercitato entro il predetto termine con comunicazione scritta a mezzo lettera racc. A/R ovvero, entro lo stesso termine, mediante posta elettronica, utilizzando i seguenti recapiti:

•Università LUM – School of Management, S.S. 100 Km 18 | 70010 Casamassima (Ba)

•Pec: schoolofmanagementlum@pec.it

•E-mail: schoolofmanagement@lum.it

In caso di recesso validamente esercitato nei termini sopra indicati, saranno riaccreditati gli importi pagati.

Una volta decorso il termine non potrà essere esercitato il recesso e, pertanto, il dichiarante sarà tenuto a corrispondere l’intera quota di iscrizione a prescindere dall’effettiva frequentazione del percorso formativo.

**Allega**

Copia della ricevuta del pagamento.

Certificato di laurea.

Fotocopia del proprio documento d'identità valido.

Tipo e numero . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

N. 1 Marca da bollo da € 16,00

N. 1 Fototessera

Informativa Privacy

Data . . . . . . . . . . . . . .

Firma . . . . . . . . . . . . . .