



**Modulo di iscrizione al Corso di Alta Formazione in
"Facilitatori per la Qualità e l'Accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie"
I Edizione – A.A. 2024/2025**

**Al Magnifico Rettore
Università LUM «Giuseppe Degennaro»**

Il Sottoscritto/La Sottoscritta
Cognome
Nome

CHIEDE

di essere iscritto al Corso di Alta Formazione in "Facilitatori per la Qualità e l'Accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie".

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 di avere recapito in (città)
Provincia Stato Via
Cap Cellulare
e-mail



DICHIARA:

di essere in possesso del seguente titolo di LAUREA

.....

conseguito in data con votazione su presso l'Università

.....

di

Facoltà

Classe di laurea

DICHIARA inoltre:

**di avere un rapporto di dipendenza / collaborazione continuativa / attività libero
professionale (non inferiore ai due anni) con la struttura pubblica / privata operante
nella Regione Puglia**

.....

dalla data con incarico

e di avere conoscenza dei principi e dei metodi di valutazione della qualità dei servizi
sanitari e sociosanitari.



DICHIARA infine:

di aver preso visione delle norme legislative e regolamentari che riguardano l'ordinamento didattico ed il piano di studi del Corso cui chiede l'iscrizione;

di aver preso visione della quota di partecipazione pari ad **Euro 400,00 (Esente IVA)**;

di accettare integralmente le seguenti condizioni:

- il pagamento dovrà essere effettuato all'atto dell'iscrizione mediante bonifico bancario presso Banca BCC a favore dell'Università Lum Giuseppe Degennaro (IBAN IT18Y0846041310003012026039) indicando come causale: *"Cognome Nome - quota Iscrizione Corso FaQuASS"*;
- l'attestazione dell'avvenuto pagamento della rata dovrà essere inviata all'Ufficio Master al seguente indirizzo e-mail: schoolofmanagement@lum.it;
- in caso di ritiro o rinuncia dal Corso, il dichiarante non avrà alcun diritto a richiedere la restituzione di quanto già versato a titolo di quota di iscrizione.
- 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 documento d'identità
Informativa Privacy sottoscritta per presa visione

Data.....

Firma.....

Modalità di consegna della domanda: La presente domanda, comprensiva degli allegati, dovrà essere inviata a mezzo e-mail al seguente indirizzo: schoolofmanagement@lum.it.



DATI PER FATTURAZIONE

Iscrizione al Corso in
“Facilitatori per la Qualità e l’Accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie”
I Edizione – A.A. 2024/2025

(Compilare la sezione corrispondente alla propria posizione)

A. In caso di iscrizione a carico esclusivamente del partecipante

Cognome e Nome dell’iscritto:

Indirizzo	CAP
Città	Prov
Codice fiscale	P.IVA
Tel.	E-mail:

B. In caso di iscrizione finanziata totalmente dall’Ente o Società di appartenenza (“Ente Promotore”)

Cognome e Nome dell’iscritto:

Dati dell’Ente Promotore

Ragione sociale	
Indirizzo	CAP
Città	Prov
Codice fiscale	P.IVA
Tel.	E-mail
Codice univoco per fatturazione elettronica	

In caso di iscrizione a carico sia dell’Ente Promotore che del partecipante, compilare entrambe le sezioni A e B. In tal caso indicare:

- Quota a carico dell’Ente Promotore: _____ €, iva esente
- Quota a carico del Partecipante: _____ €, iva esente