UNIVERSITÀ di VERONA | Direzione DIDATTICA E SERVIZI AGLI STUDENTI

Area Medicina

AUTOCERTIFICAZIONE ISCRIZIONE OMCEO

IL SOTTOSCRITTO:

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F

Comune o Stato Estero di nascita_____(Prov.____) Data di nascita_____

Codice Fiscale: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Iscritto per l'a.a. 2025/2026 alla scuola di specializzazione in

_____

DICHIARA

di essere regolarmente iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provinca di _____.

I dati della presente comunicazione saranno trattati ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 al solo fine di assolvere gli adempimenti di natura obbligatoria posti in capo all'Università degli Studi di Verona.

Si allega copia del documento d'identità (non allegare se già presente negli allegati alla domanda di immatricolazione).

Verona, _____ _____

(Firma)