

Al Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Firenze

Oggetto: Domanda di ammissione al Corso di Perfezionamento Post Laurea
in:

“Auditor/Lead Auditor dei sistemi di gestione per la qualità
(UNI EN ISO 9001:2000, UNI EN ISO 19011:2003)
e valutatore dei sistemi di gestione per la sicurezza alimentare
(UNI EN ISO 22000)“

Direttore: **Prof. Guglielmo BONACCORSI**

ORGANIZZATO DA:

DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA

Viale Morgagni, 85 - 50134 Firenze

Marca

da Bollo

€ 14,62

Decreto Rettorale n. 753/2008 (prot. n. 50565)

A. A. 2008/2009

La/Il sottoscritto/a

Cognome: Nome:

Data di nascita: Comune: Prov. |_|_|

Residenza: Prov. |_|_| C.A.P. |_|_|_|_|_|

Via: Tel.: Cell:

Codice Fiscale |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|

Professione* Disciplina**

E-mail:

CHIEDE L'ISCRIZIONE

al Corso di Perfezionamento in "Auditor/Lead Auditor dei sistemi di gestione per la qualità (UNI EN ISO 9001:2000, UNI EN ISO 19011:2003) e valutatore dei sistemi di gestione per la sicurezza alimentare (UNI EN ISO 22000)" (per il quale l'Ateneo ha attivato una polizza assicurativa del costo di € 4,00= procapite per la copertura dei rischi derivanti dagli infortuni in capo agli studenti iscritti).

A tal fine, valendosi delle disposizioni di cui all'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e consapevole che chi dichiarerà il falso vedrà decadere i benefici ottenuti e incorrerà nelle sanzioni penali previste per le false dichiarazioni dagli artt. 75 e 76, del D.P.R. citato,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- di essere in possesso dei seguenti Titoli richiesti:

1. _____

conseguito presso il

2. _____

conseguito presso il

- di essere a conoscenza delle norme e dei termini previsti dal bando.

COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 11 del Regolamento di attuazione del codice di protezione dei dati personali in possesso dell'Università degli studi di Firenze e fermo restando il diritto di oppormi per motivi di legittimità ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs 30/6/2003, n. 196, autorizzo la comunicazione e diffusione dei miei dati personali in possesso dell'Università a Enti pubblici o privati che ne facciano richiesta al fine di agevolare l'orientamento, la formazione e l'inserimento professionale e nel mondo del lavoro, anche all'estero, dei giovani studenti e laureati:

SI

NO

.....

.....

(data)

(firma)

Allegati:

ricevuta dell'attestazione di quietanza comprovante l'avvenuto pagamento della quota di iscrizione di € 1.300,00= effettuato su bollettino delle Poste Italiane **da intestare:** Università degli Studi di Firenze, Piazza S. Marco, 4 - 50121 Firenze, n. di c/c **30992507**, **causale obbligatoria:** tassa di iscrizione per l'a.a. 2008/2009 al Corso di Perfezionamento in "Auditor/Lead Auditor dei sistemi di gestione per la qualità (UNI EN ISO 9001:2000, UNI EN ISO 19011:2003) e valutatore dei sistemi di gestione per la sicurezza alimentare (UNI EN ISO 22000)" oppure tramite bonifico bancario presso UNICREDIT BANCA, Agenzia Via dei Vecchietti, 11 - Firenze, C Coordinate Bancarie IBAN **IT / 38 / N / 02008 / 02800 / 000041126939** a favore dell'Università degli Studi di Firenze, Corso di Perfezionamento in "Auditor/Lead Auditor dei sistemi di gestione per la qualità (UNI EN ISO 9001:2000, UNI EN ISO 19011:2003) e valutatore dei sistemi di gestione per la sicurezza alimentare (UNI EN ISO 22000)", a.a. 2008/2009.

N.B.: per i bonifici effettuati on-line, è necessario presentare la ricevuta comprovante l'avvenuto pagamento da parte della banca; non sarà tenuto in conto il solo ordine di bonifico.

studente straniero - copia del permesso di soggiorno in corso di validità;

fotocopia di un documento di identità;

NOTE:

* **Specificare qualifica:** medico - psicologo - farmacista - biologo - chimico - fisico - veterinario - tecnico - infermiere, ecc.;

** **Specificare settore professione:** area medica - chirurgica - della medicina diagnostica e servizi - sanità pubblica - medicine alternative, ecc.

La domanda di iscrizione e gli allegati dovranno essere c **consegnati** o **inviati per raccomandata** alla:

Segreteria

Servizio Corsi di Perfezionamento e Formazione Aggiornamento Professionale

Polo Biomedico e Tecnologico

Plesso Didattico Viale Morgagni, 40

50134 - F I R E N Z E

.....
(data)

.....
(firma)