

**Corso di Perfezionamento  
"Fellowship in TMJ surgery: minimally invasive and open surgery,  
planning and replacement, trauma"  
A.A. 2024/25**

**Dichiarazione di iscrizione alla Scuola di Specializzazione in "Chirurgia  
Maxillo-Facciale"**

**Al Magnifico Rettore  
dell'UNIVERSITÀ degli STUDI di UDINE**

La/il sottoscritta/o (cognome e nome) \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ cittadino/a \_\_\_\_\_

Residenza: Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, E-mail: \_\_\_\_\_

a conoscenza delle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali nelle quali potrebbe incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, che costituiscono reato e comportano la perdita del beneficio ottenuto

**DICHIARA**

ai sensi del T.U. in materia di documentazione amministrativa n. 445 del 28.12.2000

- di essere iscritto/a alla Scuola di specializzazione in "Chirurgia Maxillo-Facciale" presso l'Università degli Studi di:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Luogo e Data

\_\_\_\_\_  
(Firma Autografa)

Il presente modulo, debitamente compilato e firmato, dovrà essere allegato alla procedura di iscrizione ON-LINE accedendo al sito <https://uniud.esse3.cineca.it/Home.do>.