



Allegato 1

Modulo di domanda

**FLORENCE NETWORK ANNUAL MEETING 2025
(FNAM 2025)**

A.A. 2024/2025

**Compilare obbligatoriamente il documento in tutte le sue parti e
firmarlo**

DATI DELLO STUDENTE/DELLA STUDENTESSA

COGNOME	
NOME	
MATRICOLA	
ANNO DI CORSO	1° anno <input type="checkbox"/> 2° anno <input type="checkbox"/>
CORSO DI STUDIO IN INFERMIERISTICA	sede di Udine <input type="checkbox"/> sede di Pordenone <input type="checkbox"/>
DICHIARO DI NON USUFRUIRE NELLO STESSO PERIODO DI FINANZIAMENTO COMUNITARIO	

CONOSCENZA LINGUISTICA

DICHIARO DI POSSEDERE IL SEGUENTE LIVELLO LINGUISTICO PER LA LINGUA INGLESE:	
<input type="radio"/>	NESSUNA CERTIFICAZIONE
<input type="radio"/>	B1
<input type="radio"/>	B2
<input type="radio"/>	C1
<input type="radio"/>	C2



CARRIERA ESSE3 (barrare la casella)

<input type="checkbox"/>	DICHIARO CHE LA MIA CARRIERA IN ESSE3 E' AGGIORNATA ALLA DATA DI SCADENZA DEL PRESENTE BANDO.
	<u>oppure</u>
<input type="checkbox"/>	DICHIARO DI AVER SOSTENUTO IN DATA _____ L'ESAME DI PROFITTO DEL SEGUENTE INSEGNAMENTO (CORSO INTEGRATO): _____ E SONO IN ATTESA DI REGISTRAZIONE.
<input type="checkbox"/>	DICHIARO DI AVER SOSTENUTO IN DATA _____ L'ESAME DI PROFITTO DEL SEGUENTE INSEGNAMENTO (CORSO INTEGRATO): _____ E SONO IN ATTESA DI REGISTRAZIONE.

CHIEDE

di partecipare alla selezione prevista dal "Florence Network Annual Meeting (FNAM 2025) - A.A. 2024/2025"

In base al D.lg. 196/2003 (tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali) e art. 13 GDPR 679/16 Regolamento UE, il sottoscritto dichiara che i dati personali sono corretti e autorizza il Dipartimento di Medicina a utilizzarli per gli usi consentiti dalla legge:

SI **NO**

Allega:

1) documento di identità valido

2) eventuali ulteriori certificazioni linguistiche:

(specificare ed allegare se non registrati in carriera Esse3)

Luogo e data,

In fede (firma).....



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI UDINE**
hic sunt futura

Dipartimento
di Medicina