

AVVISO

Elenco dei candidati ammessi al Corso di Perfezionamento in “**SANITA’ E MEDICINA PENITENZIARIA**” da attivare presso il Dipartimento di Sanità Pubblica dell’Università degli Studi di Napoli “Federico II” per l’a.a. 2025/2026:

COGNOME	NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	AMMESSO/ NON AMMESSO
Amato	Chiara	Carini (PA)	10/07/1986	AMMESSO
Basciu	Claudia	Cagliari	01/10/1973	AMMESSO
Biondo	Carmen Chiaria Marianna	Barcellona Pozzo di Gotto (ME)	11/08/1992	AMMESSO
Caminiti	Desiree	Messina	27/02/1986	AMMESSO
Caronia	Giuliana	Palermo	13/05/1988	AMMESSO
Ciriello	Orietta	Avellino	18/09/1978	AMMESSO
Corrao	Serena Maria	Petralia Sottana (PA)	13/05/1978	AMMESSO
Cusimano	Eleonora	Palermo	20/05/1991	AMMESSO
Di Matteo	Alessia	Palermo	06/10/1988	AMMESSO
Errico	Jlenia	Benevento	24/12/1987	AMMESSO
Gemma	Samanta	Avellino	12/04/1982	AMMESSO
Insolia	Eleonora	Ortona (CH)	28/08/1984	AMMESSO
Lentini	Giuseppe	Palermo	05/08/1991	AMMESSO
Leone	Cristina	Caltanissetta	25/02/1989	AMMESSO
Maglio	Veronica	Mantova	21/03/1979	AMMESSO
Magnano	Maria Biagia	Catania	19/10/1975	AMMESSO
Meriah	Asma	Tunisia	30/03/1985	AMMESSO
Passalacqua	Chiara	Erice (TP)	13/09/1992	AMMESSO
Rapisardi	Giuseppe	Sciacca (AG)	27/05/1996	AMMESSO
Riccardi	Teresa	Napoli	10/10/1973	AMMESSO
Riccioli	Maria Simona	Catania	09/11/1972	AMMESSO
Scaglione	Simona	Lanciano (CH)	16/06/1981	AMMESSO
Spanu	Valeria	Palermo	22/07/1992	AMMESSO
Spinello	Liborio	Niscemi (CL)	21/04/1984	AMMESSO
Toscano	Lucia Camilla	Catania	14/07/1981	AMMESSO
Viola	Fabio	Catania	18/06/1972	AMMESSO

Per il perfezionamento della pratica d'iscrizione, oltre al pagamento sotto riportato, gli ammessi dovranno provvedere a consegnare al Dipartimento di Sanità Pubblica la seguente documentazione:

1. domanda di iscrizione, regolarmente firmata e datata, con **marca da bollo da € 16,00** apposta nell'apposito riquadro, utilizzando il modello allegato;
2. ricevuta di avvenuto versamento della **rata di iscrizione**, pari a **€ 400,00 (quattrocento/00)**, da effettuarsi in unica soluzione sul conto corrente bancario IBAN **IT18D0623003543000058329920 – Credit Agricole Italia S.p.A. - Piazza Giovanni Bovio 11 – 80133 – Napoli**, intestato al Dipartimento di Sanità Pubblica – causale: **Corso di Perfezionamento in “Sanità e Medicina Penitenziaria” A.A. 2025-2026 (NOME E COGNOME ISCRITTO)**;
3. una fotocopia fronte retro di un valido documento di riconoscimento.

La consegna della sopracitata documentazione dovrà avvenire con una delle seguenti modalità:

1. **consegna diretta, entro le ore 12:00 del 03.03.2026**, all'Ufficio per la Didattica del Dipartimento Sanità Pubblica c/o Azienda Ospedaliera Universitaria - via S. Pansini n. 5 – Ed. 19, Corpo Basso Nord I piano, 80131 Napoli. In caso di impossibilità di recarsi personalmente, il discente potrà delegare per iscritto, con annessa copia di un proprio documento di riconoscimento, altra persona;
2. **spedizione, entro il 03.03.2026**, a mezzo corriere espresso o raccomandata a/r assicurata, in busta chiusa riportante esternamente la dicitura **“domanda di iscrizione al Corso di Perfezionamento in “Sanità e Medicina Penitenziaria”** ed indirizzata a: Ufficio per la Didattica del Dipartimento Sanità Pubblica c/o Azienda Ospedaliera Universitaria - via S. Pansini n. 5 – Ed. 19 Corpo Basso Nord I piano, 80131 Napoli.

La spedizione dovrà essere preceduta dalla trasmissione, entro le ore 12:00 del 03.03.2026, all'indirizzo postlaurea.sanitapubblica@unina.it, della scansione della documentazione in questione, inserendo nell'oggetto la seguente dicitura: **anticipazione domanda iscrizione Corso di Perfezionamento in “Sanità e Medicina Penitenziaria” A.A. 2025-2026 (NOME E COGNOME ISCRITTO)**

Si allega modello domanda di iscrizione

APPORRE MARCA DA
BOLLO DA €. 16,00

Al Direttore del Dipartimento
di Sanità Pubblica
dell'Università degli Studi di
Napoli Federico II

Domanda di iscrizione

al Corso di Perfezionamento in "SANITA' E MEDICINA PENITENZIARIA" A.A. 2025-2026

Il/La sottoscritt _____,

nat _____ il _____, a _____ (____), residente

in _____ (____) alla Via _____ CAP _____,

C.F. _____ cell (o, in mancanza, tel.) _____,

pec: _____ @ _____.

mail: _____ @ _____.

CHIEDE

di perfezionare l'iscrizione al Corso di Perfezionamento in "SANITA' E MEDICINA PENITENZIARIA" da attivare presso codesto Dipartimento per l'a.a. 2025/2026.

Allega alla presente:

- ricevuta del versamento del contributo di iscrizione;
- fotocopia fronte/retro del documento di identità.

Data _____

Firma _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 679/2016 recante norme sul trattamento dei dati personali.

I dati raccolti con il presente modulo sono trattati ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e comunque, nell'ambito delle attività istituzionali dell'Università degli Studi di Napoli Federico II. All'interessato competono i diritti di cui agli art. 15-22 del Regolamento UE.

Titolare del trattamento è l'Università, nelle persone del Rettore e del Direttore Generale, in relazione alle specifiche competenze. Esclusivamente al fine di segnalare eventuali violazioni nel trattamento dei propri dati personali, è possibile contattare il Titolare al seguente indirizzo:

ateneo@pec.unina.it; oppure il Responsabile della Protezione dei Dati: rpd@unina.it; PEC: rpd@pec.unina.it.

Per le informazioni e/o eventuali chiarimenti sul presente procedimento si chiede invece di scrivere al seguente indirizzo: dip.sanitapubblica@unina.it