**Codice doc. 026**

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PERUGIA**

**Dom.amm.es.st.odont. 2_18**

*AL PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE ESAMINATRICE*
*PER GLI ESAMI DI STATO DI ABILITAZIONE ALLA*
*PROFESSIONE DI* **ODONTOIATRA**

Il/La sottoscritto/a_____ _____
Cognome Nome
nato/a a_____( ) il _____
Comune prov.
Codice fiscale_____

Cittadinanza _____Residente_____(____)

CAP_____via_____n.____domiciliato_____

(_____) CAP_____ via _____n. _____ numeri

Telefonici _____

e-mail _____

**C H I E D E**

di essere ammesso a sostenere l'esame di stato di abilitazione all'esercizio della professione di **ODONTOIATRA** presso questa sede nella **seconda sessione anno 2018**

Il sottoscritto **dichiara** (D.P.R. 445 del 28/12/2000, artt. 46, 47, 75 e 76) consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti:

1.

☐ di **essere in possesso** del seguente titolo conseguito presso l'Università di _____il _____ _____ con votazione _____(*)

☐ **Diploma di Laurea** conseguito ai sensi dell'ordinamento previgente in Odontoiatria e Protesi dentaria

☐ **Laurea Specialistica (D.M. 509/99)** classe 52/S Odontoiatria e protesi dentaria

☐ **Laurea Magistrale (D.M. 270/04)** LM-46 Odontoiatria e protesi dentaria

☐ **Titolo di studio equiparato ex D.I. 9 luglio 2009 in**_____

☐ **Titolo di studio conseguito all'estero (munito di traduzione ufficiale in italiano, legalizzazione e dichiarazione di valore), riconosciuto idoneo :**
**- titolo di studio estero**_____
**- conseguito in data**_____
**- presso l'Università estera di** _____
**- Città** _____
**- Stato**_____
- **riconoscimento titolo** effettuato in Italia dall'Università di_____
sede di_____a seguito di_____
in data_____ ***oppure*** a seguito di accordi culturali bilaterali stipulati con_____
in data_____;

**oppure:**

**di aver presentato la domanda di laurea** in Odontoiatria e Protesi Dentaria **classe** _____presso l'Università di _____e presume di laurearsi entro la data del **26 ottobre 2018** (art. 1 del Bando Esami di stato di abilitazione all'esercizio delle professioni non regolamentate dal D.P.R. 328/2001 per l'anno 2018);

2.

☐ **di aver presentato l'istanza ai fini dell'ammissione agli Esami di stato solo nella sede universitaria di Perugia;** (CAMPO DA SELEZIONARE OBBLIGATORIAMENTE)

❑ **di aver presentato l'istanza** ai fini dell'ammissione agli Esami di stato nella **prima sessione anno 2018 e di essere risultato/a ASSENTE**

☐ di essere a conoscenza che **le date stabilite in calendario non possono essere modificate per nessuna ragione**; (CAMPO DA SELEZIONARE OBBLIGATORIAMENTE)

☐ di **aver preso visione** dell' Ordinanza Ministeriale del 26 gennaio 2018 n. 47, del regolamento degli esami di stato e del Bando Esami di stato di abilitazione all'esercizio delle professioni non regolamentate dal D.P.R. 328/2001 per l'anno 2018; (CAMPO DA SELEZIONARE OBBLIGATORIAMENTE)

☐ **di essere a conoscenza** che l'ammissione all'esame di stato è con riserva; l'Amministrazione provvederà successivamente ad escludere i candidati che non siano risultati in possesso dei titoli di ammissione previsti dall'Ordinanza Ministeriale e dal Bando nel caso in cui dalla documentazione presentata dal candidato risultino dichiarazioni false o mendaci, ferme restando le sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000, lo stesso candidato decadrà d'ufficio dal diritto alla partecipazione all'esame di stato e, nel caso in cui le prove siano state già espletate, le medesime verranno annullate e le tasse versate non verranno restituite in nessun caso; (CAMPO DA SELEZIONARE OBBLIGATORIAMENTE)

☐ **di essere a conoscenza** che l'Amministrazione si riserva di richiedere le eventuali documentazioni integrative ai fini dell'ammissione all'esame di Stato anche successivamente alla presentazione della domanda; (CAMPO DA SELEZIONARE OBBLIGATORIAMENTE);

☐ di essere a conoscenza che **non verranno inviate comunicazioni in merito al risultato delle prove**; (CAMPO DA SELEZIONARE OBBLIGATORIAMENTE)

3. (CAMPI DA COMPILARE OBBLIGATORIAMENTE)

☐ di voler sostenere le seguenti cliniche affini:
per la **CLINICA ODONTOSTOMATOLOGICA** _____
per la **CLINICA CHIR. SPEC. ODONTO.**_____

4. ☐ di essere persona con disabilità e, per l'effetto, in applicazione degli artt. 16 e 20 della Legge n. 104/1992, così come modificata dalla Legge n. 17/1999, di richiedere:
- i seguenti ausili necessari per lo svolgimento della prova d'esame in relazione alla disabilità_____
- i seguenti tempi aggiuntivi necessari per lo svolgimento della prova d'esame in relazione al disturbo specifico di apprendimento ai sensi della legge n. 170/2010_____

5. ☐ **di aver preso visione** dell'informativa resa ai sensi del D.L.vo 196/2003 e **autorizzo** l'Università di Perugia al trattamento dei miei dati personali nell'ambito delle attività istituzionali dell'Università degli Studi di Perugia. (CAMPO DA SELEZIONARE OBBLIGATORIAMENTE)

6.
(CAMPO DA SELEZIONARE OBBLIGATORIAMENTE SOLO DAI CANDIDATI LAUREATI/LAUREANDI NELLA SEDE DI PERUGIA)

☐ Il sottoscritto chiede l'attivazione della casella di posta elettronica personale. A tal proposito il sottoscritto dichiara di aver attentamente letto e accettato tutti i termini e le condizioni di utilizzo del servizio stesso, come indicato nel documento " condizioni e norme di utilizzo del servizio di posta elettronica per gli studenti dell'Ateneo" disponibile al seguente indirizzo: https://www.studenti.unipg.it/docs/DMail.pdf
Il sottoscritto chiede l'attivazione dell'accesso wifi alla rete internet. A tal proposito il sottoscritto dichiara di aver attentamente letto e accettato tutti i termini e le condizioni di utilizzo del servizio stesso, come indicato nel documento " condizioni e norme di utilizzo dei servizi di rete senza fili (wireless o WiFi) per gli studenti e per il personale dell'Ateneo (ves 1.0)" disponibile al seguente indirizzo: https://www.studenti.unipg.it/docs/DMail.pdf

Perugia,

Firma **(1)**_____

**Timbro e firma del funzionario accettante** _____

**(1)** la sottoscrizione della suddetta dichiarazione resa da parte dell'interessato in presenza del funzionario accettante non necessita di autentica (art. 38 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445), ma ad essa segue timbro e firma del funzionario accettante. La sottoscrizione può essere apposta non in presenza del funzionario accettante con la presentazione di fotocopia di valido documento di riconoscimento.

**(*) Tutti i candidati devono allegare alla presente domanda la dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 D.P.R 28 dicembre 2000 n. 445.**

**Allegati:**
1) ricevuta di versamento bollettino **c/c postale n° 1016 di Euro 49,58** intestato ad Agenzia delle Entrate – Centro Operativo di Pescara - Tasse scolastiche - (da ritirare presso gli Uffici Postali)
2) ricevuta del bollettino di pagamento **UTABREVE di € 300,00** relativa al contributo "ammissione esami di stato" da versare presso un qualsiasi sportello di UniCredit Banca presente sul territorio. Il bollettino di pagamento è disponibile presso la Ripartizione Didattica – Area Formazione Post-Laurea - Ufficio Esami di stato - e all'indirizzo www.unipg.it/it/didattica/esami-di-stato;

Le domande di ammissione agli esami si considerano prodotte in tempo utile anche se spedite a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento entro il termine stabilito nell'O.M. (a tal fine fa fede la data dell'Ufficio postale accettante) al seguente indirizzo:

**Università degli Studi - Ripartizione Didattica – Ufficio Esami di stato – Via della Pallotta, 61 – 06126 PERUGIA**

**LE CLINICHE AFFINI SONO:**

**per la clinica odontostomatologica**: PATOLOGIA SPECIALE MEDICA E METODOLOGIA CLINICA, PATOLOGIA SPECIALE CHIRURGICA E PROPEDEUTICA CLINICA, RADIOLOGIA GENERALE E SPECIALE ODONTOSTOMATOLOGICA, IGIENE E ODONTOIATRIA PREVENTIVA SOCIALE CON EPIDEMIOLOGIA;

**per la clinica chirurgica speciale odontostomatologica**: ODONTOIATRIA CONSERVATRICE, PARODONTOLOGIA, PROTESI DENTARIA, ORTOGNATODONZIA E GNATOLOGIA.

# UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PERUGIA

**Codice doc. 027**

**Dic.sost.cert.atto notorietà odont. 2_18**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DELL'ATTO DI NOTORIETA'**
(D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 art. 46 e 47)

Il/La sottoscritto/a_____ _____
Cognome Nome

nato/a a_____( ) il _____
Comune prov.

Codice fiscale_____

cittadinanza_____Residente_____(____)

CAP_____via_____n.____domiciliato_____

(_____) CAP_____ via _____n. _____ numeri

telefonici_____

e-mail_____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art. 75 e 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

**DICHIARA**

di essere in possesso del seguente titolo:

- ☐ **Diploma di Laurea** conseguito ai sensi dell'ordinamento previgente in Odontoiatria e protesi dentaria
- ☐ **Laurea Specialistica (D.M. 509/99) classe 52/S** Odontoiatria e protesi dentaria
- ☐ **Laurea Magistrale (D.M. 270/04) classe LM-46** Odontoiatria e protesi dentaria
- ☐ **Titolo di studio equiparato ex D.M. 9 luglio 2009 in**_____
- ☐ **Titolo di studio conseguito all'estero (munito di traduzione ufficiale in italiano, legalizzazione e dichiarazione di valore), riconosciuto idoneo:**
  - **titolo di studio estero**_____
  - **conseguito in data**_____
  - **presso l'Università estera di** _____
  - **Città** _____
  - **Stato**_____

  **riconoscimento titolo** effettuato in Italia dall'Università di_____
  sede di_____a seguito di_____
  in data_____ ***oppure*** a seguito di accordi culturali bilaterali stipulati con_____
  in data_____;

conseguito presso l'Università di _____ in data_____ con la votazione di _____

**Luogo e Data** **Il/La Dichiarante (1)**

_____ _____

**Timbro e firma del funzionario accettante** _____

**(1)** La sottoscrizione della suddetta dichiarazione resa da parte dell'interessato in presenza del funzionario accettante non necessita di autentica (art. 38 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445), ma ad essa segue timbro e firma del funzionario accettante. La sottoscrizione può essere apposta non in presenza del funzionario accettante con la presentazione di fotocopia di valido documento di riconoscimento.