

## MASTERS IN VACCINOLOGY & PHARMACEUTICAL CLINICAL DEVELOPMENT

AL MAGNIFICO RETTORE DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI SIENA  
APPLICATION TO THE UNIVERSITY OF SIENA

IL SOTTOSCRITTO / I, THE UNDERSIGNED

\_\_\_\_\_ (cognome / family name) \_\_\_\_\_ (nome / first name) \_\_\_\_\_ (middle name)

NATO A / BORN AT

\_\_\_\_\_ (città / city) ( \_\_\_\_\_ ) IL / ON \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 19 \_\_\_\_\_  
(nazione / country)

CITTADINANZA / CITIZENSHIP

\_\_\_\_\_

CODICE FISCALE / FISCAL CODE

\_\_\_\_\_

RESIDENTE A / RESIDENT AT

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) CAP / ZIP CODE \_\_\_\_\_  
(città / city) (nazione / country)

VIA / ADDRESS (street, number) \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

TELEFONO N. / TELEPHONE NUMBER \_\_\_\_\_ CELL./ CELL PHONE \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

CHIEDE ALLA MAGNIFICENZA VOSTRA  
REQUEST TO BE ADMITTED TO THE UNIVERSITY OF SIENA

DI ESSERE AMMESSO PER L'ANNO ACCADEMICO 2010/2011 AL MASTER UNIVERSITARIO IN II LIVELLO IN  
"VACCINOLOGIA E SVILUPPO CLINICO FARMACEUTICO"

TO BE ADMITTED FOR THE ACADEMIC YEAR 2010/2011 FOR A MASTER DEGREE OF II LEVEL OF "VACCINOLOGY  
& PHARMACEUTICAL CLINICAL DEVELOPMENT"

ALLEGA ALLA PRESENTE / AND HEREBY ATTACH TO THIS FORM:

- A. DICHIARAZIONE SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI (SOLO PER COLORO IN POSSESSO DI TITOLO DI STUDIO ITALIANO)  
SUBSTITUTE DECLARATIONS OF CERTIFICATIONS
- B. FOTOCOPIA RETRO FRONTE DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA'  
PHOTOCOPY OF ALL PAGES OF MY VALID ID OR PASSPORT
- C. FOTOCOPIA DEL CODICE FISCALE (SOLO PER CITTADINI ITALIANI)  
PHOTOCOPY OF FISCAL CODE
- D. \_CURRICULUM \_VITAE E STUDIORUM
- E. EVENTUALI PUBBLICAZIONI
- F. LETTERA DI MOTIVAZIONE MOTIVATION LETTER

G. CERTIFICATO COMPROVANTE ALMENO 2 ANNI DI PRATICA CLINICA POST LAUREA CERTIFICATION  
OF 2 YEARS POST-GRADUATION OR RESIDENCY IN CLINICAL MEDICINE

<b>RECAPITO (qualora diverso dalla residenza) A CUI NOTIFICARE EVENTUALI COMUNICAZIONI ADDRESS (alternative the one above mentioned) FOR NOTIFICATION OF COMMUNICATIONS</b>	
Cognome e Nome / <b>Family Name and First Name</b> _____	
Via / <b>Address</b> _____ n. _____	
CAP / <b>Zip Code</b> _____	Città / <b>City</b> _____ Country _____
Telefono / <b>Telephone number</b> _____	
E.MAIL _____	

<b>POSTI IN SUPRANUMERO SECONDO L'ART. 2 DEL BANDO EXCEPTIONAL ADMISSIONS ACCORDING TO THE ARTICLE 2 OF THE ANNOUNCEMENT</b>	
Percentuale di Invaldit� / <b>Invalidity percentage:</b> _____ %	
Si allega copia del certificate di invalidit� indicante la percentuale riconosciuta dalle competenti autorit�.	
<b>Invalidity medical certificate to be attached, pointing out the percentage of invalidity recognized by the competent medical authority.</b>	

\_\_\_ L \_\_\_ SOTTOSCRITT \_\_\_ DICHIARA, INOLTRE DI AVER PRESO VISIONE DEL BANDO DI CONCORSO E DI  
ESSERE A CONOSCENZA DELLE DISPOSIZIONI IN ESSO RIPORATE.

**I THE UNDERSIGNED \_\_\_\_\_ HEREBY DECLARE THAT I HAVE CAREFULLY READ THE  
MASTER ADMISSION ANNOUNCEMENT AND HAVE UNDERSTOOD THE TERMS AND CONDITIONS STATED IN IT.**

DATA DATE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ IN FEDE / **YOURS FAITHFULLY,** \_\_\_\_\_  
(legible signature)

**Informativa**

Ai sensi di quanto previsto dal D. Lgs. 30.06.2003 n. 196, si informa l'interessato che il conferimento dei dati richiesti con la presente documentazione   obbligatorio ai fini del procedimento per il quale sono raccolti. Tali dati, previsti dalle disposizioni vigenti, verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo, e comunque, nell'ambito delle attivit  istituzionali dell'Universit  degli Studi di Siena, e verranno utilizzati eventualmente comunicati a enti e/o societ  esterne per le medesime finalit . In relazioni ai dati conferiti lo studente gode dei diritti previsti da decreto sopra citato. Titolare dei dati   l'Universit  degli Studi di Siena – Via Banchi di Sotto, 55 – Siena.

**Information on personal data**

**Pursuant to Legislative Decree no.196 of 30<sup>th</sup> June 2003, we do inform you that the collection of personal data is compulsory for purposes related to the master record and admission. As per current rules, all your data will be only and exclusively used for that purpose, within the frame of University administrative activities and eventually will be reported and/or disclosed to external authorities/institutions for the same purpose. Students concerned with such processing are granted to exercise rights of the above mentioned Decree. University of Siena – Via Banchi di Sotto, 55, Siena – is responsible for the processing.**

DATA DATE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ IN FEDE / **YOURS FAITHFULLY,** \_\_\_\_\_  
(legible signature)

**Università degli Studi Siena  
Area Servizi agli Studenti  
Ufficio Formazione e Post Laurea**

SONO VENUTO A CONOSCENZA DEL MASTER UNIVERSITARIO DI II LIVELLO IN "VACCINOLOGIA E SVILUPPO CLINICO FARMACEUTICO"  
**I LEARNT ABOUT THIS II LEVEL MASTERS IN VACCINOLOGY & PHARMACEUTICAL CLINICAL DEVELOPMENT**

THROUGH:

- NOVARTIS VACCINES WEB PAGES
- UNIVERSITY OF SIENA WEB PAGES
- ALMALAUREA
- BROCHURE, POSTERS (or other promotional materials)
- DIRECT INFORMATION BY THE MASTER OFFICE
- PRESS
- PRESENTATION AT CONGRESSES OR CONFERENCES
- WORD-OF-MOUTH
- OTHER (please specify) \_\_\_\_\_