



**Università degli Studi “G. d’Annunzio”  
CHIETI – PESCARA**

**ISTANZA DI PRENOTAZIONE POSTO**

**Al Magnifico Rettore  
Università degli Studi “G. d’Annunzio”  
Chieti – Pescara**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                    |             |                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------|-----------------------------------|
| <b>La/Il sottoscritta/o</b><br>(Cognome e Nome)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                    |             |                                   |
| <b>Luogo e data di nascita</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                    |             | <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> |
| <b>Residenza</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Via _____ n. _____ |             |                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | CAP _____          | Città _____ | Prov. _____                       |
| <b>Recapiti telefonici e e-mail</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | telefono: _____    |             |                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | e-mail: _____      |             |                                   |
| Iscritta/o al SEMESTRE FILTRO per l’accesso ai Corsi di Studio in Medicina e Chirurgia, Odontoiatria e Protesi Dentaria, Medicina Veterinaria secondo le disposizioni dei Decreti Ministeriali 418 del 30/05/2025 e 431 del 20/06/2025, in attuazione della Legge n. 26 del 14 marzo 2025 e del Decreto legislativo 15 maggio 2025, n.71 presso l’Ateneo _____ |                    |             |                                   |

In qualità di vincitrice/vincitore della graduatoria del Corso di Laurea delle Professioni Sanitarie in \_\_\_\_\_ posizione in graduatoria n. \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di essere consapevole che l’immatricolazione effettuata è da considerarsi come prenotazione del posto e che potrà inoltrare la richiesta di perfezionamento entro e non oltre i termini previsti dal D.M. 454/2025.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

La/Il sottoscritta/o, infine, dichiara di aver preso visione della informativa sul trattamento dei dati personali di cui al Regolamento Europeo 2016/679 prot. n. 39000 del 14.6.2018 e denominata “Informativa studenti versione estesa”, pubblicata sul Portale di Ateneo al seguente indirizzo <https://www.unich.it/privacy>

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Modulo da trasmettere dalla propria mail istituzionale a: [segreteria.professionisanitarie@unich.it](mailto:segreteria.professionisanitarie@unich.it)