



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DEL MOLISE

Al Magnifico Rettore  
dell'Università degli Studi del Molise

I sottoscritt \_\_\_\_\_  
nat a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Cognome Nome

in relazione alla propria domanda di immatricolazione al

- Corso di Laurea in Infermieristica
- Corso di Laurea in Tecniche della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro
- Corso di Laurea in Fisioterapia
- Corso di Laurea in Tecniche di radiologia medica, per immagini e radioterapia
- Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia
- Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche
- Corso di Laurea Magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie della Prevenzione

del Dipartimento di Medicina e di Scienze della Salute "V. Tiberio"

#### DICHIARA

sotto la propria responsabilità e a pena di decadenza dall'immatricolazione che entro 60 giorni dalla data odierna:

- a) si sottoporrà alla prova tubercolina (da eseguirsi presso la ASL del proprio comune di residenza, secondo quanto disposto dal D.P.R. 7/11/2001, n. 465 che regola la vaccinazione antitubercolare);
- b) si sottoporrà alla vaccinazione contro l'epatite virale B, ai sensi della legge n. 165 del 27/05/1991 (offerta gratuitamente dalla ASL del proprio comune di residenza per tutti i soggetti che operano nel settore della sanità).

Inoltre si impegna a trasmettere, che entro 120 giorni dalla data odierna, le certificazioni di cui ai punti a) e b) al Settore Segreteria studenti e carriere, che a sua volta le inoltrerà al Settore Prevenzione e Protezione dell'Università per gli adempimenti successivi.

Campobasso, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma leggibile