

**Domanda di iscrizione al  
MASTER IN MARKETING FARMACEUTICO  
PharmaMark**

Il/la sottoscritto/a

Cognome		Nome	
Data di nascita	Comune di nascita	Provincia o Stato di nascita	
Comune di residenza		Provincia	CAP
Via/piazza		Telefono	
Fax	Cellulare	e-mail	
<b>Condizione professionale</b>	<b>Ruolo</b>	<b>inquadramento</b>	

**Dati per la fatturazione:**

Ragione sociale	comune	CAP
Via/piazza		Telefono
Codice Fiscale		Partita IVA

**CHIEDE**

- di essere iscritto al MASTER IN MARKETING FARMACEUTICO - PharmaMark, previo superamento della selezione;
  - l'assegnazione di una borsa di studio a copertura totale o parziale della quota di iscrizione al master.
- A tal fine, valendosi delle disposizioni di cui all'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 e consapevole che chi dichiarerà il falso vedrà decadere i benefici ottenuti e incorrerà nelle sanzioni penali previste per le false dichiarazioni dagli artt. 75 e 76, del D.P.R. citato,

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'**

di essere in possesso del **DIPLoma DI LAUREA** in

Facoltà \_\_\_\_\_ Università di \_\_\_\_\_  
conseguito in data |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| con votazione |\_|\_|\_|\_| su |\_|\_|\_|\_| lode  SI  NO ;

di essere in possesso del **DIPLoma DI SCUOLA SUPERIORE** in/per

Istituto \_\_\_\_\_ Indirizzo di studi \_\_\_\_\_  
conseguito in data |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| con votazione |\_|\_|\_|\_| su |\_|\_|\_|\_|;

di essere in possesso di **ALTRO TIPO DI DIPLOMA** in/per

Istituto \_\_\_\_\_ Indirizzo di studi \_\_\_\_\_  
conseguito in data |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| con votazione/giudizio \_\_\_\_\_

di aver svolto le seguenti **attività lavorative (dalla più recente)**:

1. Azienda: \_\_\_\_\_

in qualità di titolare  dipendente  collaboratore  consulente

nel settore: amministrazione  produzione  tecnico  marketing

altro (specificare) \_\_\_\_\_  dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

2. Azienda: \_\_\_\_\_

in qualità di titolare  dipendente  collaboratore  consulente

nel settore: amministrazione  produzione  tecnico  marketing

altro (specificare) \_\_\_\_\_  dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

3. Azienda: \_\_\_\_\_

in qualità di titolare  dipendente  collaboratore  consulente

nel settore: amministrazione  produzione  tecnico  marketing

altro (specificare) \_\_\_\_\_  dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

di essere in possesso delle seguenti **conoscenze linguistiche**:

**LINGUA ITALIANA** ottima  discreta  buona  sufficiente  scarsa

**LINGUA INGLESE** ottima  discreta  buona  sufficiente  scarsa

**Altra** \_\_\_\_\_ ottima  discreta  buona  sufficiente  scarsa

- **di essere a conoscenza** che il Corso prevede la frequenza obbligatoria ad almeno l'80% delle ore di didattica, pena la decadenza dal diritto alla borsa con conseguente obbligo al pagamento integrale della quota di iscrizione.

- **di essere a conoscenza** che l'attribuzione delle borse di studio è definita in sede di selezione per l'ammissione al Corso. Il conferimento della borsa di studio avviene a seguito della selezione i cui risultati saranno pubblicati sul sito [www.pharmamark.it](http://www.pharmamark.it)

- **di essere a conoscenza** che in caso di interruzione del Corso, l'assegnatario di borsa di studio dovrà provvedere al pagamento integrale della quota di iscrizione.

- **di essere a conoscenza** delle norme e dei termini previsti dal bando.

- **di essere a conoscenza** che nel caso sia accertata la non veridicità di quanto dichiarato, fermo restando le responsabilità penali in caso di dichiarazioni false, ne deriverà l'automatica esclusione dalla graduatoria e la conseguente impossibilità di iscriversi.

- **di eleggere**, ai fini della partecipazione alla prova di selezione in oggetto il seguente domicilio, presso il quale dovranno essere trasmesse eventuali comunicazioni:

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_ del Comune di \_\_\_\_\_

cap. \_\_\_\_\_

## DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- 1) (per i beneficiari di borsa di studio) di essere a conoscenza che nel caso in cui il/la sottoscritto/a non rispetti gli obblighi di frequenza per l'ottenimento dell'attestato decadrà il diritto alla borsa di studio e conseguentemente si obbligherà a pagare la quota di iscrizione del corso per il suo intero importo (pari a € 3.500,00 + IVA).
- 2) Di essere a conoscenza della struttura e del regolamento del master (scaricabile dal sito) che accetta.
- 3) **Diritto di recesso**

Ai sensi dell'art. 64 del decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206, come modificato dal D.Lgs. 21.02.14 n° 21 (il "Codice del Consumo"), se il Cliente è un consumatore, ossia una persona fisica che acquista il servizio per scopi non riferibili alla propria attività professionale, ovvero non indica la Partita IVA nel modulo di iscrizione inviato a Fondazione PIN, ha diritto a recedere dal contratto di acquisto senza alcuna penalità e senza indicarne il motivo, entro 14 (quattordici) giorni dalla data di conclusione del contratto ossia di inizio del corso (art. 52, comma 1).

Per esercitare tale diritto, l'iscritto dovrà comunicare la decisione di recesso via e-mail (info@pharmamark.it) ed è tenuto a far pervenire, entro il medesimo termine, comunicando a Fondazione PIN – Ufficio Alta Formazione, Piazza dell'Università, 1, 59100 Prato a mezzo lettera raccomandata a/r o posta certificata (pin@legalmail.it), una espressa dichiarazione contenente la volontà di recedere dal contratto. In caso di recesso validamente esercitato, Fondazione PIN provvederà a rimborsare all'iscritto la somma da questi versata.

Nel caso il Cliente non si configuri come consumatore, il recesso potrà avvenire entro la data di avvio del master, con diritto alla restituzione totale di quanto pagato. Una volta avviato il master, il Cliente non potrà più recedere.

Fondazione PIN provvederà a restituire l'importo della quota versata per cui sia eventualmente dovuto il rimborso entro 60 giorni successivi alla data in cui Fondazione PIN avrà avuto conoscenza dell'esercizio del recesso.
- 4) **Iscrizione tardive**

Nel caso di domande di iscrizione pervenute oltre la scadenza ed eventualmente accettate da Fondazione PIN, l'iscritto non avrà né il diritto di recedere né il diritto al rimborso del versato.
- 5) **Rinvio e annullamento - variazioni di programma**

Fondazione PIN si riserva l'insindacabile facoltà di rinviare o annullare il Master programmato dandone comunicazione entro il secondo giorno (solare) precedente la data di inizio del Master alla casella di posta elettronica che l'iscritto, sotto la propria responsabilità, abbia indicato nella voce "persona da contattare". Unico obbligo di Fondazione PIN nella fattispecie sarà quello di rimborsare l'importo già ricevuto, con espressa esclusione di qualsivoglia altro onere e/o obbligo. Il Master sarà attivato con un numero minimo di 16 iscritti all'avvio del corso.

Fondazione PIN si riserva altresì la facoltà insindacabile di modificare il programma, il calendario, gli orari e/o la sede del Master e/o di sostituire i docenti, senza peraltro alterarne i contenuti. Nel caso, nulla sarà dovuto da Fondazione PIN all'iscritto a qualunque titolo.
- 6) **Espulsione**

La Direzione del Master può in ogni momento decretare l'espulsione del partecipante qualora questi non consenta il sereno svolgimento del corso o quando con il proprio comportamento infastidisca e/o violi il diritto di partecipazione altrui. In tal caso il partecipante espulso non avrà diritto al rimborso della quota di iscrizione. La Direzione si riserva di ogni azione nelle sedi opportune al fine di salvaguardare la reputazione del Master.
- 7) **Controversie**

Ogni controversia comunque connessa al presente contratto sarà devoluta alla cognizione del foro di Prato.
- 8) **Privacy**

Informativa ai sensi del D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101 e succ. convenzioni.

Con la presente, Fondazione PIN – Polo di Prato dell'Università di Firenze, (di seguito, "Fondazione PIN") con sede in Prato, piazza dell'Università 1, in qualità di Titolare del trattamento, La informa che i suoi Dati saranno trattati nel pieno rispetto dei principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della riservatezza in ottemperanza del D.Lgs. n. 101/2018. I dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità: per finalità di gestione amministrativa dei corsi (ad es. contabilità, logistica, formazione elenchi).

Si specifica che in caso di mancata autorizzazione del consenso al trattamento dei dati per le suddette finalità, Fondazione PIN non potrà erogare alcun servizio.

1. invio newsletter brochure e altro simile materiale pubblicitario relativo ai corsi di studio master, programmi formativi, nonché comunicazioni ed inviti per la partecipazione ad eventi, convegni, iniziative di formazione, orientamento e divulgazione promosse da Fondazione PIN nonché per il compimento di ogni attività relativa ad eventi simili;

2. analisi statistiche e ricerche in forma aggregata ed anonima;

3. fruizione dei servizi e delle opportunità rinvenibili sul sito [www.pin.unifi.it](http://www.pin.unifi.it) o [www.pharmamark.it](http://www.pharmamark.it)

4. adempimento ad obblighi di legge previsti dalle norme di legge e dai regolamenti, dalla normativa comunitaria, da norme civilistiche e fiscali.

I Dati potranno essere comunicati all'interno di Fondazione PIN ai soggetti eventualmente incaricati della gestione ed esecuzione del rapporto intercorrente tra Lei e Fondazione PIN e/o a soggetti la cui facoltà di accedere ai Dati sia riconosciuta in base a disposizioni di legge, nonché ai partner e soggetti sostenitori del Master, al personale docente e da altri dipendenti di uffici e strutture di Fondazione PIN che ne avessero necessità per lo svolgimento delle suindicate attività. I suoi Dati potranno essere inoltre comunicati a società terze della cui collaborazione Fondazione PIN potrebbe avvalersi per attività di elaborazione dati. Il conferimento dei Dati da parte Sua è facoltativo ma indispensabile al fine dello svolgimento delle sopraelencate attività; il rifiuto di conferire i Dati comporterebbe infatti l'impossibilità di svolgere le attività sopra descritte. I Dati saranno oggetto di trattamento, anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati.

I Dati non saranno comunicati ad altri soggetti al di fuori di quelli sopra menzionati, né saranno oggetto di diffusione. Le ricordiamo, da ultimo, che potrà esercitare in ogni momento i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi del D.Lgs n. 101/2018.

**Allegati alla domanda:**

- curriculum vitae sottoscritto in originale
- fotocopia documento di identità
- fotocopia carta/permesso di soggiorno (per stranieri)

Data

\_\_\_\_\_



Firma

\_\_\_\_\_

Approvo specificatamente gli art. 1-2-3

Data

\_\_\_\_\_



Firma

\_\_\_\_\_

La domanda di iscrizione, compilata in ogni sezione e debitamente sottoscritta, dovrà essere inviata per email in formato pdf ([info@pharmamark.it](mailto:info@pharmamark.it)) o per posta ordinaria a: Fondazione PIN – Polo di Prato dell'Università di Firenze, Ufficio Alta Formazione, Piazza dell'Università, 1, 59100 PRATO (non farà fede il timbro postale), specificando nell'oggetto "PharmaMark".