

Spett.le
UNICAMILLUS
Via di Sant' Alessandro, 8, 00131 Roma
e-mail: unilife@unicamillus.org

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Il/la sottoscritto/a (Cognome) _____ (Nome) _____
nato/a a _____ il ____/____/_____
Codice Fiscale _____
Cittadinanza _____ Residente a _____ Cap. _____ (Prov. _____)
Via/Piazza _____ N. _____
Tel. _____ Cel. _____
E-mail*: _____

Chiede di essere iscritto alla Summer School di Medicina e Chirurgia, Odontoiatria e Professioni Sanitarie che si terrà da Lunedì 1 luglio a Venerdì 5 luglio 2024.

Il/la sottoscritto/a **dichiara**, ai sensi del D.P.R n. 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazioni o uso di atti falsi sotto la propria responsabilità di:

- ✓ **aver conseguito di diploma di istruzione secondaria di secondo grado/ di essere iscritti a uno degli ultimi tre anni di scuola secondaria di secondo grado**
- ✓ **aver versato la quota di iscrizione per un totale di Euro 1050,00 (formula standard)**
oppure
- ✓ **aver versato la quota di iscrizione per un totale di Euro 1350,00 (formula residenziale)**

- ✓ **di essere consapevole che L'Università si riserva il diritto di modificare date, orari e modalità di insegnamento (comunicati con congruo anticipo) e di non attivare il corso qualora il numero di iscritti risulti inferiore a 30. Si ricorda che le iscrizioni, complete di pagamento devono pervenire prima di mercoledì 2 maggio alle ore 13:00. Le iscrizioni pervenute dopo capienza massima non verranno prese in considerazione, e l'importo verrà restituito al mittente.**

BENEFICIARIO: Saint Camillus International University of Health and Medical Sciences - UniCamillus

IBAN: IT17 T056 9603 2000 0001 3317 X38 (BANCA POPOLARE DI SONDRIO)

CAUSALE: (*Indicare Nome e Cognome iscritto, Summer School)

Il/La sottoscritto/a presenta tramite e-mail (unilife@unicamillus.org) in allegato alla presente Domanda:

- ✓ Fotocopia documento di identità valido fronte/retro firmato;
- ✓ Informativa ai sensi della normativa nazionale e comunitaria in materia di protezione dei dati personali
- ✓ Ricevuta dell'avvenuto pagamento della quota di iscrizione

(Data)

(Firma)

*L'indirizzo e-mail indicato sarà utilizzato per ricevere comunicazioni e le credenziali di accesso alla formazione on-line. Si prega dunque di inserire un indirizzo mail personale che si utilizza abitualmente.