Spett.le

UNICAMILLUS

Via di Sant’Alessandro, 8, 00131 Roma

e-mail: [**trainingweek@unicamillus.org**](mailto:trainingweek@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 al Corso di preparazione online al test di ammissione di Medicina e Chirurgia che si terrà da Lunedì 23 gennaio a Venerdì 27 gennaio 2023.**

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 due anni di scuola secondaria di secondo grado**

* **aver versato la quota di iscrizione per un totale di Euro 700,00**

**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, Corso di preparazione)

Il/La sottoscritto/a presenta tramite e-mail (training[week@unicamillus.org](mailto:week@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)

**N.B 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 10. Si ricorda che le iscrizioni, complete di pagamento devono pervenire prima di giovedì 19 gennaio alle ore 13:00. Le iscrizioni pervenute dopo capienza massima non verranno prese in considerazione, e l’importo verrà restituito al mittente.**

\*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.