



UNIVERSITA'  
CAMPUS  
BIO-MEDICO  
DI ROMA

SEGRETERIA  
STUDENTI

## DOMANDA DI ISCRIZIONE CORSI SINGOLI

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
iscritto al \_\_\_\_\_ anno del Corso di Laurea in \_\_\_\_\_ presso  
l'Università di \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di essere iscritto ai seguenti corsi singoli:

CORSO DI STUDIO	CORSO INTEGRATO	CFU	SEMESTRE

A tal fine,

### DICHIARA

- di procedere al versamento della quota di iscrizione alla frequenza per l'importo di € 1.000,00 per ogni corso singolo e di essere altresì consapevole che detto importo non è rimborsabile;
- di essere consapevole che la domanda di iscrizione ai corsi singoli può essere presentata una sola volta per anno accademico.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_