



DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE

(compilare in stampatello in tutte le sue parti)

**Al Rettore dell'Università Campus Bio-Medico di Roma
Via Alvaro Del Portillo, 21
00128 ROMA**

__1__ sottoscritt__

Cognome _____

Nome _____

nat__ a _____ il _____

residente in _____

Via _____ n. _____ CAP _____ Prov. _____

domiciliato in _____

Via _____ n. _____ CAP. _____ Prov. _____

tel. _____ cell. _____ E-mail _____

codice fiscale																			
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DICHIARA

di aver conseguito il diploma di Laurea in _____

Presso l'Università _____

Via: _____ C.A.P. _____ Città: _____

nell'Anno Accademico _____ con voto _____/_____

Data del conseguimento del titolo: _____

di aver conseguito l'abilitazione alla professione di medico-chirurgo

(selezionare l'opzione):

[a] LM-41 Medicina e Chirurgia ABILITANTE (ai sensi del DL n.18-2020 attuato con DM n. 8-2020)

[b] Conseguita in Italia ai sensi del decreto legge n° 18 del 2020 a seguito di superamento di tirocinio pratico valutativo post lauream ex D.M. n. 445/2001

[c] Conseguita in Italia a seguito di superamento esame di Stato (ante decreto legge n° 18 del 2020, articolo 102)

(compilare solo per [b] e [c]):

presso l'Università _____

Via: _____ C.A.P. _____ Città: _____

nell'anno _____, nella _____ sessione, con voto _____/_____

di essere iscritto all'Ordine Provinciale di _____ dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri dal _____ al n. _____;
di non essere decaduto né sospeso dall'Ordine e di non avere provvedimenti disciplinari in
corso.

CHIEDE

**l'iscrizione per l'Anno accademico 2023/2024 al I anno della Scuola di
Specializzazione in**

presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma.

Allega alla presente domanda:

- copia di un documento di identità in corso di validità;
- sottoscrizione di impegno a rispettare la natura e le finalità dell'Università Campus Bio-Medico di Roma;
- informativa e consenso al trattamento dei dati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del D. Lgs n. 101/2018
- ricevuta del bonifico bancario relativo alle tasse e contributi effettuato a mezzo c/c bancario del Banco BPM SpA; Codice IBAN: IT23J0503403223000000007410.
- Modulo anagrafica – accredito compensi

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del D. Lgs n. 101/2018, dichiaro di aver letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali allegata alla presente domanda.

IL DICHIARANTE

Roma,

(firma per esteso)