



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 _____
presso l'Università _____
Via: _____ C.A.P. _____ Città: _____
nell'anno _____, nella _____ sessione, con voto ____/____

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

di essere a conoscenza delle norme che regolano la contemporanea iscrizione a diversi corsi universitari e relative incompatibilità (Legge n. 33/2022).

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.

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)