



## 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 \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

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

consapevole delle responsabilità penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci così come stabilito negli artt. 75 e 76 del DPR 28/12/2000 n. 445

### 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 2024/2025 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 i principi ispiratori contenuti nella Carta delle 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)