



UNIVERSITA'
CAMPUS
BIO-MEDICO
DI ROMA
SEGRETERIA
STUDENTI

Apporre una
Marca da Bollo
Da 16,00€

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 dei contributi accademici per l'importo di:

- euro 250,00 (duecentocinquanta/00) quale contributo di iscrizione;
- euro 100,00 (cento/00) per ciascun Credito Formativo Universitario (CFU) in aggiunta al contributo di iscrizione di cui alla precedente lettera a) per attività formative che prevedono l'acquisizione di un numero di Crediti Formativi Universitari (CFU) entro il limite di n. 20 (venti);
oppure
- euro 2.000,00 (duemila/00) quale contributo forfettario per l'intera attività formativa in aggiunta al contributo di iscrizione di cui alla precedente lettera a) per attività formative che prevedono l'acquisizione di un numero di Crediti Formativi Universitari (CFU) superiore a n. 20 (venti);

- di essere altresì consapevole che detti importi non sono rimborsabili;
- di essere consapevole che la domanda di iscrizione ai corsi singoli può essere presentata una sola volta per anno accademico.

Data _____

Firma _____