



Domanda N° \_\_\_\_\_  
(a cura della Segreteria)

## DOMANDA DI IMMATRICOLAZIONE 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*

...l... sottoscritt... ..

nat... a ..... il .....

residente in .....

Via ..... n. .... CAP..... Prov. ....

domiciliato in .....

Via ..... n. .... CAP..... Prov. ....

tel..... cell. ....E-mail .....

codice fiscale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito nell'a. a. ....

presso l'Università .....

Via..... Città .....

**chiede l'immatricolazione per l'Anno accademico 2016/2017**

**al I anno della scuola di Specializzazione**

**in .....**

**presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma.**

Dichiara di essere a conoscenza che è vietata l'iscrizione contemporanea in diverse università italiane o estere o a queste assimilabili, a diverse Facoltà o Scuole e a diversi corsi di laurea e diplomi (ai sensi ed effetti dell'art. 142 del T.U. delle leggi sull'istruzione superiore, approvato con Regio decreto n. 1592 del 31/08/1933).

Dichiara, inoltre, di non essere iscritto ad altro corso che rilascia un titolo accademico avente valore legale.

Dichiara, ai sensi dell'articolo 6, comma secondo, della legge n. 398 del 30 novembre 1989, di non aver già usufruito di una borsa di studio allo stesso titolo.

Allega alla presente domanda (barrare):

- Dichiarazione sostitutiva relativa al possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia (vecchio ordinamento) o del diploma di laurea a ciclo unico in Medicina e Chirurgia (nuovo ordinamento), da cui risulti, inoltre, il voto e la data di laurea;
- Dichiarazione sostitutiva relativa al possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di Medico-Chirurgo;
- Dichiarazione sostitutiva relativa all'iscrizione al Collegio provinciale dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di appartenenza;
- 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 decreto legislativo 196/2003;
- Ricevuta del bonifico bancario relativo alle tasse e contributi effettuato a mezzo c/c bancario della Banca popolare di Sondrio; Codice IBAN: IT83 Y056 9603 2110 0000 7344X73.

*Il sottoscritto, dopo aver acquisito in forma scritta/orale tutte le informazioni previste dall'articolo 13 del D. Lgs. 30-06-03 n. 196, esprime consenso al trattamento dei propri dati personali, sensibili e d'immagine da parte dell'Università Campus Bio-Medico di Roma. Autorizza espressamente il trattamento dei dati forniti, ai sensi del D. Lgs. 30-06-03 n. 196, per le esigenze di comunicazione dell'Università Campus Bio-Medico di Roma.*

Roma, .....

-----  
(firma per esteso)