



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.

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.

### CHIEDE

**l'iscrizione per l'Anno accademico 2021/2022 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 della Banca popolare di Sondrio; Codice IBAN: IT83 Y056 9603 2110 0000 7344X73.
- anagrafica pagamenti
- file fototessera

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)