



MODULO DI ISCRIZIONE

Marca
da bollo
€14,62



Perché l'iscrizione sia valida il modello dovrà essere compilato in stampatello e firmato ove richiesto in ogni sua parte.

Io sottoscritto/a
Nato a prov.(.....) il
residente in via/ piazza N.....
c.a.p città prov (.....)
tel. abitazione tel. ufficio tel. cell.....
fax e-mail (in stampatello).....

Titoli di studio conseguiti:

laurea in nel...../...../.....
diploma di

occupazione attuale

Chiedo di essere iscritto al Master in Medicina Comunitaria e di Cooperazione Internazionale

Firma

.....

Il Candidato dichiara di essere a conoscenza della non applicabilità della disciplina prevista dal D.Lgs. 185/1999 (diritto di recesso) e che quanto versato per l'immatricolazione al predetto Corso non sarà restituito in caso di rinuncia alla sua partecipazione.

Il Candidato dichiara altresì di avere preso visione, presso una sede del For.Com. di tutte le informazioni di carattere amministrativo, economico e didattico relative al Corso scelto.

Tutti i futuri aggiornamenti saranno pubblicati esclusivamente sul sito *www.forcom.it* che il Candidato si impegna periodicamente a consultare.

Firma

Si autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi del Codice della Privacy 01/01/2004

Firma

ATTENZIONE: Il modulo deve essere inviato completo di tutti i dati e della marca da bollo di € 14,62 (Circolare dell'Agenzia delle Entrate del 1° giugno 2005 n. 29).