



**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 della Riabilitazione Acquatica e delle Scienze Mediche Orientali

**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).**