



Istituto per ricerche
ed attività educative

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
INTENSIVE TRAINING TEST DI MEDICINA 2016 – II EDIZIONE
(Maggio – Luglio 2016)



Foto tessera

Spett.le
I.P.E.
Riviera di Chiaia, 264
80121 – Napoli

Il/La sottoscritto/a

Cognome		Nome	
Indirizzo		CAP	
Comune/Località		Provincia	
Data di nascita		Luogo di nascita	
Tel.	Cell. Candidato		Cell. genitore
E-mail candidato			
E-mail genitore			

CHIEDE

di partecipare all'Intensive Training Test di Medicina 2016. A tal fine dichiara quanto segue:

- ☐ di essere **studente** del _____ anno della scuola superiore _____
presso l'istituto scolastico _____ del Comune di _____.
Si allega copia delle pagelle del III e IV anno di scuola superiore.
Media voti III anno _____
Media voti IV anno _____
- ☐ di essere **iscritto** al primo anno della facoltà di _____
presso l'Università _____ di (città) _____.
Si allega copia del diploma di maturità. Voto di maturità _____
- di essere venuto a conoscenza dell'Intensive Training Test di Medicina
 - attraverso parenti, amici, conoscenti;
 - tramite canali istituzionali (scuola, università, centri di orientamento etc.)
 - tramite mezzi di comunicazione informatica (facebook, e-mail informative etc.)
 - altro _____

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs n.196/2003 e successive modifiche

Data ____ / ____ / _____ Firma _____

Per ulteriori informazioni contattare la Segreteria Organizzativa del Corso:

I.P.E. Riviera di Chiaia 264, 80121 Napoli
Tel. +39-081-2457074 Fax +39-081-7648464
www.ipeistituto.it cptm@ipeistituto.it