



Foto
 Obbligatoria

Il/La sottoscritto/a

Cognome		Nome	
Data di Nascita	Luogo di Nascita		Età
Indirizzo			CAP
Comune/Località		Provincia	
Telefono	Cell. candidato	Cell. genitore	
E-mail candidato			
E-mail genitore			

CHIEDE

di partecipare al Corso di Preparazione al Test di Medicina XI Edizione. 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 percepire un reddito pari o inferiore ai 15.000 € (si allega certificato ISEE).
- di essere venuto a conoscenza del Corso di Preparazione al Test di Medicina – Medicalab Young
 - o attraverso parenti, amici, conoscenti;
 - o tramite canali istituzionali (scuola, università, centri di orientamento etc.)
 - o tramite mezzi di comunicazione informatica (facebook, e-mail informative etc.) o altro

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 d. lgs. 30 giugno 2003 n°196 – "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 GDPR 679/16 – "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali".

Data ____ / ____ / _____

Firma _____