

MEDICALAB TAILOR MADE
CORSO DI PREPARAZIONE AL TEST DI MEDICINA
 I EDIZIONE
 (Marzo 2021 – Agosto 2021)



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 I Edizione. A tal fine dichiara quanto segue:

1. ☐ di essere **studente** del _____ anno della scuola superiore _____
 presso l'istituto scolastico _____ del Comune di _____.
 Media voti III anno _____; Media voti IV anno _____
- ☐ di essere **iscritto** al primo anno della facoltà di _____
 presso l'Università _____ di (città) _____.
 Numero esami sostenuti _____ Media esami _____. Voto di maturità _____

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 _____