

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

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 _____

SEGRETERIA MEDICALAB

- Riviera di Chiaia, 264 – 80121 Napoli

Tel. 081.245.70.74

Cell. aziendale 379.19.59.406

www.ipeistituto.it

cptm@ipeistituto.it