

MEDICALAB YOUNG
CORSO DI PREPARAZIONE AL TEST
DI MEDICINA
XIII EDIZIONE
(Novembre 2021 – Agosto 2022)



Il/La sottoscritto/a

Cognome e nome del genitore		
CHIEDE		
di iscrivere al Corso Young 2022 il/la propri figli		
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		

A tal fine dichiara quanto segue:

- studente** presso l'istituto _____ indirizzo scolastico _____
del Comune di _____. Media voti IV anno _____
 universitario al primo anno della facoltà di _____
presso l'Università _____ di (città) _____.
Numero esami sostenuti _____ Media esami _____. Voto di maturità _____
- dichiara di percepire un reddito pari o inferiore ai 15.000 € (si allega certificato ISEE) e pertanto fa richiesta di borsa di studio
- di essere venuto a conoscenza del Corso di Preparazione al Test di Medicina – Medicalab Young
 - attraverso parenti, amici, conoscenti;
 - tramite canali istituzionali (scuola, università, centri di orientamento etc.)
 - tramite mezzi di comunicazione informatica (Facebook, e-mail informative etc.) o altro

La sottoscrizione della presente scheda di iscrizione vale quale autorizzazione:
- al trattamento dei dati contenuti ai sensi del Regolamento (UE) 679/2016 (GDPR). Il trattamento dei dati personali è necessario all'esecuzione del contratto di cui l'interessato è parte, ai sensi dell'art.6, comma 1, lettera b, del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR).

Data ____ / ____ / _____

Firma _____