

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**MEDICALAB “EARLY YOUNG”
CORSO DI PREPARAZIONE AL TEST
DI MEDICINA
XIV EDIZIONE
(Ottobre 2022 – Agosto 2023)**Foto
Obbligatoria

Il/La sottoscritto/a

Cognome e nome del genitore		
CHIEDE		
di iscrivere al Corso “Early Young” 2023 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:

1. **studente del IV anno** presso l'istituto _____ indirizzo scolastico _____ del Comune di _____. Media voti III anno _____
2. dichiara di percepire un reddito pari o inferiore ai 15.000 € (si allega certificato ISEE) e pertanto fa richiesta di borsa di studio
3. di essere venuto a conoscenza del Corso di Preparazione al Test di Medicina – Medicalab Early Young
 - o attraverso parenti, amici, conoscenti;
 - o tramite canali istituzionali (scuola, università, centri di orientamento etc.)
 - o tramite mezzi di comunicazione informatica (Facebook, Instagram, 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 _____