

MODULO DI ISCRIZIONE AL CORSO

“DI PREPARAZIONE AI TEST D'INGRESSO ALLE FACOLTA' DI MEDICINA, PROFESSIONI SANITARIE E ODONTOIATRIA”
Durata 8 GIORNI

Il Richiedente, Cognome _____ Nome _____
Data nascita _____ Comune Nascita _____ prov. _____
Codice Fiscale _____ sesso M ☐ F ☐
Documento di riconoscimento _____ num. _____
Rilasciato da _____ il _____
Nazionalità _____ Cittadinanza _____
Residente in Via _____ n. _____ CAP _____ Città _____ prov. _____
N. Telefonico _____ Cell. _____ E-Mail _____
Titolo Di Studio _____

RICHIEDE

Al **Consorzio Universitario Uf Academy**. l'ISCRIZIONE al corso di PREPARAZIONE AI TEST D'INGRESSO PER LE FACOLTA' DI MEDICINA, PROFESSIONI SANITARIE E ODONTOIATRIA

MODALITÀ E TERMINI DI PAGAMENTO

Il costo totale del corso pari a 100,00€ (cento/00euro)

Il pagamento dovrà essere effettuato tramite Bonifico bancario, alle seguenti coordinate bancarie:

IBAN: IT 33 E 010 100 3494 1000 0000 5383

Intestatario: UNiforma

Causale del versamento: indicare il nome e cognome tipologia di corso

il modulo e l'avvenuto bonifico dovranno essere stampati, firmati ed inviati tramite email al seguente indirizzo: "segreteria.napoli@consorziouniforma.com".

Napoli, _____

FIRMA _____