DOMANDA DI ISCRIZIONE

AL

**Corso di Perfezionamento**

**Medicina Estetica e Rigenerativa**

**a.a.2017/18**

Da inviare compilata e firmata a segreteria@consorziohumanitas.com entro il 20 febbraio 2018

Cognome e Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N\_\_\_

CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Chiede di parteciare al corso in medicina estetica e rigenerativa**

Allega copia del pagamento.

Il pagamento della quota deve essere effettuato tremite bonifico bancaro intestato a Consorzio Universitario - UBI BANCA S.p.a. - Agenzia di Via di Porta Castello – Roma

Codice IBAN IT05G0311103226000000006334

Data ………………………………………………….…………….

Firma ……………………………………………………………..

Autorizzo la Segreteria Organizzativa ad inserire i miei dati nelle sue liste per il trattamento degli stessi ai fini divulgativi e/o scientifici. In ogni momento, a norma dell’art. 13 Legge 196/03 potrò avere accesso ai miei dati, chiederne la modifica o la cancellazione oppure oppormi gratuitamente al loro utilizzo.

Data ……………………………………………………………….

Firma ………………………………………………………………