**MODULO DI ISCRIZIONE**

**CORSO DI ALTA FORMAZIONE**

**in**

**“BIO-ENDOCRINOLOGIA E MEDICINA DI SEGNALE”**

Modulo iscrizione da inviare compilato e firmato a: formazione@consorziohumanitas.com

**DATE: Luglio – Novembre 2018**

Il/la sottoscritto/a

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COGNOME** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |
| **NOME** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |
| **LUOGO DI NASCITA** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **DATA DI NASCITA** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **RESIDENTE A** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **PROVINCIA DI** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **VIA** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **N.** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **PROVINCIA DI** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **CAP** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **TEL.** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **CELL.** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **C.F.** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |
| **TITOLO DI STUDIO** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **EMAIL** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

chiede di iscriversi al corso di Alta Formazione in **“Bio-Endocrinologia e Medicina di Segnale”,** organizzato dalConsorzio Universitario Humanitas e si allegano al Modulo:

* copia pagamento della quota di frequenza di 600,00 euro.
* copia documento d’identità valido (fronte/retro).
* copia curriculum vitae con firma autografa.

Il pagamento della quota deve essere effettuato tramite bonifico bancario intestato a: Consorzio Universitario - Banca Popolare di Puglia e Basilicata – Filiale di Roma IBAN: IT46 B053 8503 2000 0000 0002 186– causale:“nome/cognome e titolo corso”

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_