



MODULO DI ISCRIZIONE



Perché l'iscrizione sia valida il modello dovrà essere compilato in stampatello e firmato ove richiesto in ogni sua parte.

Io sottoscritto/a

Nato a..... prov.(.....) il.....

residente in via/ piazzaN

c.a.pcittà prov (.....)

tel. abitazionetel. ufficio.....tel. cell.

fax..... e-mail (in stampatello).....

Titoli di studio conseguiti:

laurea in..... nel...../...../.....

diploma di

occupazione attuale

Chiedo di essere iscritto al Master in Medicina della Riabilitazione Acquatica e delle Scienze Mediche Orientali

Firma

.....

Il Candidato dichiara di essere a conoscenza della non applicabilità della disciplina prevista dal D.Lgs. 185/1999 (diritto di recesso) e che quanto versato per l'immatricolazione al predetto Corso non sarà restituito in caso di rinuncia alla sua partecipazione.

Il Candidato dichiara altresì di avere preso visione, presso una sede del For.Com. di tutte le informazioni di carattere amministrativo, economico e didattico relative al Corso scelto.

Tutti i futuri aggiornamenti saranno pubblicati esclusivamente sul sito *www.forcom.it* che il Candidato si impegna periodicamente a consultare.

Firma

.....

ATTENZIONE: Il modulo deve essere inviato completo di tutti i dati