

**All'Istituto Regionale di Studi Giuridici del Lazio**

**"ARTURO CARLO JEMOLO"**  
**Viale G. Cesare, 31 - 00192 Roma**

**Domanda di ammissione al corso**  
**"RISCHI E RESPONSABILITA' NELL'ATTIVITA' SANITARIA"**

Il sottoscritto/a

Nome:.....

Cognome:.....

Data e luogo di nascita:.....

Residenza (Comune, CAP e Indirizzo):.....

.....

Domicilio (se diverso dalla residenza):.....

.....

Telefono fisso:.....

Cellulare:.....

e-mail: .....

Codice fiscale:.....

CHIEDE

DI ESSERE AMMESSO AL CORSO IN OGGETTO

e a tal fine dichiara di essere:

Iscritto all'ordine professionale di.....

in data..... Tessera n. ....

di avere conseguito la Laurea in:.....

Università:.....

Anno di laurea.....

Votazione di laurea:.....

**Altri Titoli Accademici (Master/Specializzazione, dottorato,etc)**

- 1).....  
conseguito presso ..... nell'anno .....
- 2).....  
conseguito presso ..... nell'anno .....
- 3).....  
conseguito presso ..... nell'anno .....

**Pubblicazioni e/o note a sentenza**

- 1).....  
2).....  
3).....

**Allega alla presente:**

- Fotocopia del documento di identità.
- Curriculum vitae et studiorum.

**Il sottoscritto/a dichiara altresì:**

di aver preso atto delle condizioni di partecipazione al Corso indicate nel bando e certifica che tutte le informazioni sopra riportate corrispondono al vero.

Autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs. 196/2003.

Data.....

Firma.....

### Dati anagrafici per la fatturazione

Nome o ragione sociale.....

.....

Domicilio fiscale Via .....

.....

C.A.P..... Località:.....Pr.....

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N° partita I.V.A. ....

tel. .... Mail .....

.....

N.B. Qualora il versamento sia effettuato tramite bonifico bancario, nella causale deve essere indicato il corso che si intende frequentare e se il versamento è effettuato da persona diversa dal discente nella causale va indicato anche il nominativo per conto del quale si effettua il versamento.

Data.....

Firma.....