



Università degli Studi di Udine

International Summer School in "Digital Pathology"

Marca
da bollo
Euro 16,00

DOMANDA DI ISCRIZIONE - A.A. 2015/2016

**Al Magnifico Rettore
dell'UNIVERSITÀ degli STUDI di UDINE**

La/Il sottoscritta/o (cognome e nome) _____ C.F. _____

Nata/o a _____ Prov. _____ il ____/____/19____, Cittadina/o _____

Residenza: Via _____ n° _____

C.A.P. _____ Comune _____ Prov. _____

Tel. _____/_____, _____/_____

(indicare uno o più recapiti telefonici ove sia possibile reperire qualcuno o lasciare un messaggio nelle ore d'ufficio).

Indirizzo e-mail: _____

CHIEDE

di essere iscritta/o all'**International Summer School in "Digital Pathology"** - Anno Accademico 2015/2016.

Ai fini dell'iscrizione allega:

- a) ricevuta del versamento del contributo di iscrizione di € 200,00 effettuato su conto intestato all'Università degli Studi di Udine presso UNICREDIT BANCA S.p.A. mediante bonifico. Le coordinate bancarie sono le seguenti:
IBAN IT23R0200812310000040469443
CAUSALE: SUMMER CRO 2015/16 (specificare il nome del corsista);
- b) la fotocopia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità, leggibile;
- c) la fotocopia del titolo di studio, corredato di traduzione ufficiale in lingua italiana, la relativa legalizzazione e dichiarazione di valore a cura di una Rappresentanza italiana competente nel territorio a cui appartiene l'istituzione che ha rilasciato il titolo di studio o altra documentazione che permetta di determinare il valore del titolo di studio in possesso (solo nel caso in cui tale documentazione non sia già stata consegnata in fase di ammissione);
- d) la fotocopia del permesso di soggiorno per le/i cittadine/i extra europei legalmente soggiornanti in Italia.



Università degli Studi di Udine

La/il sottoscritta/o dichiara infine di essere a conoscenza di tutte le disposizioni che disciplinano l'International Summer School in Digital Pathology - A.A. 2015/2016 ed il suo svolgimento, contenute nel Manifesto del Corso.

Luogo e data

(Firma Autografa Obbligatoria) (*)

(Da compilare solo se il domicilio è diverso dalla residenza. In caso di variazioni la/il corsista è tenuta/o a comunicarle tempestivamente, in caso contrario l'Università declina ogni responsabilità per il mancato recapito di eventuali avvisi):

La/Il sottoscritta/o _____ chiede che tutte le comunicazioni inerenti alla sua carriera universitaria siano inviate dall'Università, anziché al luogo di residenza sopra indicato, al seguente recapito: _____

Luogo e data

(Firma Autografa) (*)

I dati personali richiesti al candidato verranno trattati nei limiti stabiliti dal Decreto L.gs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

(*) La firma va apposta, all'atto della presentazione della domanda in presenza del dipendente addetto, previa esibizione di un idoneo documento di identità; in caso di inoltro postale o tramite terzi, alla domanda DEBITAMENTE SOTTOSCRITTA deve essere allegata fotocopia fronte e retro di un idoneo documento di identità. In caso di invio postale farà fede la data apposta dall'Ufficio Protocollo dell'Università degli Studi di Udine.