



Domanda di iscrizione

AL MAGNIFICO RETTORE DELL'UNIVERSITA' CAMPUS BIO-MEDICO DI ROMA

Il sottoscritto _____

Nato/a a _____ PR _____ il _____

Residente in _____ Via _____

CAP _____ Città _____ PR _____

Codice Fiscale _____

avendo superato le prove di ammissione

Chiede

Di essere iscritto al

- ☐ Master universitario di: ☐ I livello ☐ II livello
☐ Corso di perfezionamento ☐ Corso di alta formazione

in _____

Roma, _____

Firma per esteso _____

Il trattamento dei dati personali è svolto nell'ambito della banca dati dell'UCBM Academy e nel rispetto di quanto stabilito dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 sulla tutela dei dati personali. I suoi dati non saranno comunicati o diffusi a terzi e per essi Lei potrà richiedere, in qualsiasi momento, la modifica, la cancellazione o opporsi al loro utilizzo.

Roma, _____

Firma per esteso _____