



MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALLA PARTECIPAZIONE AL CORSO DI PREPARAZIONE PER LE PROVE DI AMMISSIONE PER MEDICINA

Il/La sottoscritto/a:

Cognome: _____	Nome: _____
classe: _____	Scuola: _____
e-mail: _____@_____	cellulare: _____/_____

DICHIARA

il proprio interesse alla partecipazione alla presentazione del Corso di Preparazione per il Concorso di Ammissione al corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia ed autorizza gli organizzatori ad inviare all'indirizzo *e-mail* sopra indicato informazioni relative alla data in cui si terrà la suddetta presentazione, alla modalità e al periodo dedicato alla iscrizione, così tutte le altre necessarie informazioni, comprese quelle concernenti il calendario delle lezioni.

La scansione del modulo va inviata all'indirizzo e-mail precorsimedicina@unimol.it, oppure mediante un whatsapp al numero 328 8590716

Data ___ / ___ / _____

Firma* _____

* Nel caso di alunni minorenni, la firma deve essere apposta da uno dei genitori e bisogna riempire anche i successivi campi.

Genitore*: _____	Cell. Genitore*: _____/_____
e-mail Genitore*: _____@_____	