

**Scuola Biennale di Formazione in  
CLINICA PSICO-ONCOLOGICA  
Anno accademico 2018 – 2019**

**Al Direttore della Scuola  
Prof. Marco Bellani  
Società Italiana di Psico-Oncologia**

**MODULO ISCRIZIONE**

Il/La sottoscritto/a	nato/a a
il	Nazionalità
residente in	Via
Indirizzo per comunicazioni	
CAP	CF
telefono	fax
cell	E-mail
in possesso della laurea in	conseguita in data
presso l'Università degli Studi di	

*avendo preso visione del Regolamento della Scuola in tutte le sue parti  
dichiara di essersi iscritto alla Scuola Biennale di Formazione  
in Clinica Psico-Oncologica per l'a.a. 2018/2019.*

*A tal fine, allega alla presente e in formato PDF:*

- Fotocopia di un documento d'identità valido (Carta d'Identità - Passaporto);
- Fotocopia del Codice Fiscale;
- Copia ricevuta del bonifico bancario comprovante il versamento dell'importo relativo alla I rata.

Il /La sottoscritto/a dichiara di aver letto e di approvare in ogni suo punto il bando di ammissione alla Scuola, di essere in possesso di tutti i requisiti ivi previsti e di essere consapevole che, ai sensi del D.Lgs. 445/2000, il rilascio di dichiarazioni false o incomplete costituisce un reato penale.

Autorizza espressamente, ai sensi del D.Lgs. 196/03, al trattamento dei propri dati personali e dichiara di essere a conoscenza dei diritti spettanti secondo il disposto dell'articolo 13.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma autografa del/la dichiarante  
(per esteso e leggibile)**