



**Scuola Biennale di Formazione in
CLINICA PSICO-ONCOLOGICA**
Anno accademico 2022-2023

MODULO DI ISCRIZIONE

Al Direttore della Scuola
di Formazione in Clinica Psico-Oncologica
Società Italiana di Psico-Oncologia

Il/La sottoscritto/a

Codice Fiscale _____

Nato/a a: _____ il _____ nazionalità _____

residente in _____ via _____ C.A.P. _____

Telefono _____ / _____ Fax _____ / _____ mobile _____ / _____

Recapito per comunicazioni _____

e-mail personale _____

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'anno 2022-2023**

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

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

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)

Da inviare a: **segreteria.scuolasipo@gmail.com**