



Spett.le
IPE
Riviera di Chiaia, 264
80121 – Napoli

Il/La sottoscritto/a

Cognome		Nome	
Indirizzo	N.	CAP	
Comune/Località		Provincia	
Data di nascita		Luogo di nascita	
Tel.	Cell. Candidato	Cell. genitore	
E-mail candidato			
E-mail genitore			

CHIEDE

di partecipare al Corso di Preparazione al Test di Medicina IX Edizione. A tal fine dichiara quanto segue:

- di essere **studente** del _____ anno della scuola superiore _____ presso l'istituto scolastico _____ del Comune di _____.
 Si allega copia delle pagelle del III e IV anno di scuola superiore.
 Media voti III anno _____
 Media voti IV anno _____
- di essere **iscritto** al primo anno della facoltà di _____ presso l'Università _____ di (città) _____.
 Si allega copia del diploma di maturità. Voto di maturità _____
- Di percepire un reddito pari o inferiore ai 20.000 € (si allega certificato ISEE).
- di essere venuto a conoscenza del Corso di Preparazione al Test di Medicina
 - attraverso parenti, amici, conoscenti;
 - tramite canali istituzionali (scuola, università, centri di orientamento etc.)
 - tramite mezzi di comunicazione informatica (facebook, e-mail informative etc.)
 - altro _____

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs n.196/2003 e successive modifiche

Data ___ / ___ / _____ Firma _____