



Modulo di iscrizione al concorso “Campagna Scambi”

Io sottoscritto/a,

Nome:

Cognome:

Data e luogo di nascita:

Numero tessera SISM:

DICHIARO DI

Volermi iscrivere al concorso di Campagna Scambi dell'a.a. /

Aver in precedenza partecipato a Professional o Research Exchange, e di aver/non aver rinunciato ad un Professional o Research Exchange nelle due Campagne Scambi precedenti.

Sottoscrivendo il presente modulo di iscrizione si dichiara di aver preso visione e accettato i termini del Regolamento di concorso Campagna Scambi, del Bando di Concorso Campagna Scambi e delle SCOPE e SCORE Regulations internazionali, e si autorizza il SISM al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.Lgs. 196 del 30 giugno 2003, al fine dello svolgimento del concorso.

Data:

Firma dello studente

.....

SISM Segretariato Italiano Studenti Medicina

Ufficio Nazionale: Padiglione Nuove Patologie, Policlinico Sant'Orsola, Via Massarenti 9, 40138 Bologna

tel/fax: +39 051 399507; email: info@sism.org; web: www.sism.org

Codice Fiscale 92009880375