



UniSR

Università Vita-Salute
San Raffaele

MODULO ISCRIZIONE

Cognome _____ Nome _____
Luogo di Nascita _____ Prov. _____ data di nascita _____
Residenza _____ via _____ n. _____ cap _____
Codice Fiscale _____ Professione _____
In possesso del titolo _____ conseguito in data _____
Presso _____ con la seguente votazione _____ / _____
Email _____ Recapito telefonico _____

DATI UTILI PER LA FATTURAZIONE

- FATTURA PERSONALE
- FATTURA INTESATA A ISTITUTO O ALTRO ENTE

(Se la fattura fosse personale saranno indicati in fattura i dati personali già inseriti)

Istituto /Ente Denominazione _____

Sede Legale in Via _____ n. civico _____

Comune _____ cap _____ Provincia _____

C.F. _____

PIVA _____

Indirizzo PEC _____

Codice SDI _____

CHIEDE

di essere iscritto al Corso di Formazione, consapevole che tale iscrizione comporta l'obbligo di frequenza alle attività didattiche erogate e consente di ottenere un attestato finale di partecipazione.

Allega:

- copia della ricevuta del pagamento effettuato
- documento di identità in corso di validità

Data _____

Firma _____
(per esteso e leggibile)

Università Vita-Salute San Raffaele

Via Olgettina 58 – 20132 Milano

Tel. +39 02 91751 500

P. IVA 13420850151 – Cod. Fisc. 97187560152 – N° REA MI-1511742

www.unisr.it