



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 _____

PER L'EMISSIONE DELLA RICEVUTA PER I PAGAMENTI EFFETTUATI DA ISTITUTI E ALTRI ENTI, COMPILARE I CAMPI SOTTOSTANTI

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