ISTITUTO EUROPEO PER LA MEDICINA OSTEOPATICA

Domanda di iscrizione al corso di Osteopatia a tempo pieno dell'Istituto Europeo per la Medicina Osteopatica

FOTO

DATI PERSONALI

Nome ..... Cognome .....

Data di nascita ..... Luogo di nascita .....

Residente in ..... Via ..... n. .....

Tel. 1 ..... Fax: .....

Tel. 2 ..... E-Mail .....

Codice Fiscale / Partita IVA .....

Domicilio (se diverso da residenza) via ..... n. .....

Titolo di studio .....

Conseguito presso l'Istituto .....

In data .....

Dichiarando la veridicità dei dati sopra riportati, richiedo l'immatricolazione presso l'Istituto e l'Ordinamento indicati per l'anno accademico ..... ovvero per il ..... * anno su cinque di corso.

* Indicare l'anno di corso a cui si intende accedere.

ALLEGATI DA INOLTRARE ALLA SEGRETERIA IEMO

- ☐ Contratto di formazione integralmente compilato e sottoscritto
- ☐ Fotocopia carta di identità (fronte-retro)
- ☐ Cinque fotografie formato tessera + una incollata alla presente domanda
- ☐ Certificato di sana e robusta costituzione
- ☐ Copia titolo di studio con autocertificazione di conformità o attestato sostitutivo originale
- ☐ Eventuale attestato originale di svolgimento parziale studi propedeutici (con dettaglio di anni svolti, ore/crediti, esami sostenuti, istituto di provenienza)
- ☐ Copia bonifico bancario del completamento della Tassa di iscrizione di Euro 260,00 a favore di: Istituto Europeo per la Medicina Osteopatica s.r.l. – Credit Agricole / filiale di Como. **Codice IBAN: IT 51 T 06230 10920 000047773039**

Si autorizza il trattamento dei dati qui riportati ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016. Questi saranno trattati con dovuta riservatezza e utilizzati esclusivamente per elaborazioni amministrative e comunicazioni interne dell'Istituto.

☐ (barrare con una X per dare il consenso)

Firma dello studente

.....

Timbro e firma dell'amministrazione di sede

.....

INDICAZIONI:

- I documenti originali vanno inoltrati via posta ordinaria alla sede legale dell'Istituto o consegnati presso la segreteria di sede, eventualmente anticipati via fax/email a:
  I.E.M.O. Srl, Via Regina Teodolinda 17 - 22100 Como – tel/fax 031 275027 – Email: info@univerosteo.it
- Eventuali integrazioni di dati saranno richiesti dalla segreteria entro giorni lavorativi 7 dal ricevimento della domanda;
- Non si garantisce l'accoglimento della domanda per inoltri successivi al giorno 30 settembre;
- Gli esiti del colloquio di ammissione verranno resi noti nell'immediato, unitamente alla comunicazione di avvenuta immatricolazione.

SPAZIO RISERVATO ALLA SEGRETERIA

Domanda di iscrizione
pervenuta in data .....

Timbro della Direzione

Attribuzione
matricola n. .....

.....

Istituto Europeo per la Medicina Osteopatica S.r.l.
Via Regina Teodolinda, 17
22100 Como

Tel / fax +39 (0)31.275027
P.IVA 03009140132
e-mail: info@univerosteo.it
www.iemo.info
www.univerosteo.it

Autorizzazione Ministero Istruzione, Università e Ricerca

TÜV AUSTRIA ISO 9001-2015