

Alla Direzione del Corso Allievi ISI

Il sottoscritto

Nato a il

Residente a Via.....

Codice Fiscale.....

Partita Iva.....

Telefono..... e-mail.....

Laureato in il

Presso l'Università di

Iscritto all'Ordine dei Medici didal.....

chiede

di frequentare i reparti dell'Istituto Stomatologico Italiano secondo le norme dallo stesso indicate, che dichiara di conoscere ed accettare, impegnandosi a corrispondere il contributo stabilito.

Indica come preferenziale la frequenza nei reparti di:

.....
.....

Allega i documenti richiesti.

Firma

.....

- 1) Certificato di Laurea
- 2) Eventuali Specializzazioni
- 3) Iscrizione Albo Professionale
- 4) Abilitazione alla professione
- 5) Fotocopia documento identità
- 6) Fotocopia codice fiscale