



# 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](http://www.unisr.it)