

DICHIARAZIONE DI INTERESSE DI

Cognome

Nome

Data di nascita

Luogo di nascita

Nazionalità

M

F

Codice Fiscale

Indirizzo (Via, Piazza, Numero civico, Cap)

Città

Nazione (scegli un'opzione)

E-mail

Telefono

Laurea in Medicina e Chirurgia presso Università di

Data conseguimento titolo

Specializzazione in

Medicina dello Sport

Cardiologia

Altra Specializzazione

Data conseguimento del titolo

Dichiaro di essere interessato Master di II livello in Cardiologia dello Sport

Consenso al trattamento dei dati - Regolamento 2016/679 (UE)

SI

NO

invia il modulo compilato a:
programmazione.didattica@uniroma4.it
info@fondazioneuniroma4.it