

Disability research center

Spettabile

Ufficio Alta Formazione
Via Cristoforo Colombo 200
00147 Roma

Il/La Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov _____ Il _____

Recapito via/piazza _____

n° _____ Città _____ Prov. _____ CAP _____

Tel. Abit _____ / _____ Cell. _____ / _____

Indirizzo e-mail _____

Consapevole delle responsabilità penali previste in caso di falsità in atto e dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000.

CHIEDE

di essere iscritto/a
al

Convegno
Autism Network e Best Practices in Italy
Summer Session
30/06 - 1 e 2/07

Si allega:

1. Fotocopia del documento d'identità;
2. Ricevuta di versamento dell'iscrizione di € 100.00 (cento/euro) versata a favore della UNINT, Università degli Studi Internazionali di Roma, con sede in Roma - Via Cristoforo Colombo 200, 00147 Roma - Banca Popolare di Sondrio - sede centrale di Roma c/c 32000 - IBAN: IT55J0569603211000032000X91. Cod. BIC-SWIFT: POSOIT22, indicare nome cognome e causale del versamento.
[Il costo del seminario per gli studenti iscritti alla UNINT ammonta a € 60.00 \(sessanta/euro\).](#)

La domanda di iscrizione completa degli allegati dovrà essere inviata a mezzo mail all'Ufficio Alta Formazione:
formazione@unint.eu entro il 28 giugno 2017.

Data _____

Firma _____

Si esprime il consenso al trattamento dei dati personali nel rispetto del D.L. 196/03 e successive modifiche