

**SCUOLA DI SCIENZE MEDICHE E FARMACEUTICHE**

**CORSO DI PREPARAZIONE AI TEST DI AMMISSIONE 2017**

**Modulo d'iscrizione**

**(In caso di studente minorenni il modulo dovrà essere compilato a cura di un genitore)**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Padre/Madre di \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Attualmente iscritto all'Istituto/Liceo \_\_\_\_\_

del Comune di \_\_\_\_\_ Provincia di \_\_\_\_\_

Interessato a partecipare al test d'ammissione ai seguenti corsi di Laurea:  
(nel caso si vogliono affrontare più test selezionare più scelte)

- Medicina e Chirurgia
- Odontoiatria e Protesi Dentaria
- Professioni Sanitarie (indicare se possibile quale) \_\_\_\_\_
- Scienze Motorie
- Altro \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

Il presente modulo dovrà essere compilato a mano, firmato e inviato esclusivamente con posta elettronica all'indirizzo: [pretestgenova2017@gmail.com](mailto:pretestgenova2017@gmail.com)  
Si avvisa inoltre che l'iscrizione ai Corsi di Preparazione è distinta dall'iscrizione ai test di ammissione.