# MODULO DI ISCRIZIONE

## CORSO DI FORMAZIONE

## “APPLICAZIONE CLINICA DELLE MINI-SCREW ORTODONTICHE”

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_)

Tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare al corso di formazione in **“Applicazione clinica delle mini-screw ortodontiche”** della durata di 16 ore, con quota di iscrizione di € 750,00 (€ settecentocinquanta/00).

A tal fine, ai sensi dell’art. 46 DPR 445/2008,

**DICHIARA**

di essere in possesso di:

* Laurea in Medicina e Chirurgia
* Iscrizione all’Albo dei Medici Chirurghi della Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ e albo degli Odontoiatri della provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (doppia iscrizione);
* Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria
* Iscrizione all’Albo degli Odontoiatri della Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_;

Dichiara, altresì, di accettare le relative condizioni del regolamento allegato.

Si richiede fattura relativa al versamento della quota di iscrizione di € 750,00 da intestare a:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Professionista/Studio Professionale)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

P. IVA CODICE FISCALE

Catania, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MODALITA’ DI PARTECIPAZIONE**

Per l’iscrizione seguire la seguente procedura:

* dal sito dell’Ateneo www.unict.it, cliccare su “Servizi online” - “Portale Studenti” ed effettuare la procedura di registrazione ed il login;
* dalla voce “Versamenti” selezionare “Tipologia: Corso di Formazione” e scegliere in “Corso di Studi: APPLICAZIONE CLINICA DELLE MINI-SCREW ORTODONTICHE (23I)”.
* Procedere cliccando su “Avanti” sino a generare il promemoria di “Versamento” ed effettuare il pagamento attraverso il sistema dei pagamenti elettronici “PagoPA”;
* il modulo di iscrizione, in duplice copia, e la ricevuta del versamento vanno presentati presso il Centro Orientamento, Formazione & Placement dell’Università degli Studi di Catania, via A. di Sangiuliano n. 197, IV piano – Catania oppure inviati a mezzo posta elettronica all’indirizzo cs.cof@unict.itLe iscrizioni dovranno pervenire entro il **30 giugno 2018**.

Le domande di partecipazione potranno essere consegnate dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 13.00, e il martedì e giovedì dalle 15.00 alle 17.00.

Per informazioni rivolgersi al COF&Placement, tel. 095 7307032 e-mail: [cs.cof@unict.it](mailto:cs.cof@unict.it)

## Il corso sarà attivato al raggiungimento del numero minimo di 10 partecipanti.

**Allega:**

* **Regolamento e condizioni;**
* **Copia ricevuta versamento**
* **Documento di riconoscimento**