



Sede Locale di Napoli SUN



Modulo di iscrizione al concorso Clerkship e Research Exchange

NOME

COGNOME

MATRICOLA

N° TESSERA S.I.S.M.

EMAIL

INDIRIZZO

CELLULARE

TELEFONO FISSO

ANNO DI CORSO

CLERKSHIP

RESEARCH

PAGATO

Data

Firma dell'Incaricato SISM

Firma dello studente

Ho versato alla Sede Locale S.I.S.M. Napoli SUN la quota di iscrizione per il Concorso Clerkship/Research Exchange 20__/20__ di € _____. Tale quota di iscrizione, valida per rimborso spese concorsuali, non è rimborsabile.

Data

Firma dell'Incaricato SISM