

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

1^ Masterclass AICE Giovani 2025

Alla c.a. della Segreteria AICE - E-mail: segreteria.aice@nsmcongressi.it

Dati anagrafici del candidato

Cognome e Nome:

Data di nascita:

Luogo di nascita:

Codice fiscale:

Indirizzo di residenza:

CAP:

Città:

Provincia:

Telefono:

E-mail:

Titoli e requisiti di accesso

Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita in data _____ presso

Specializzazione in: _____

☐ Conseguita in data _____

☐ _____ In corso o concluso o in corso da almeno 2 anni

Età: _____ (deve essere ≤ 40 anni alla data di scadenza del bando)

Posizione associativa:

☐ Socio AICE in regola con il pagamento delle quote

☐ Richiedo di diventare socio AICE e mi impegno a completare la procedura per diventare socio entro l'inizio dell'evento formativo Link:

https://aiceonline.org/?page_id=9858

Documentazione allegata

- ☐ Curriculum vitae aggiornato, datato e firmato
- ☐ Elenco pubblicazioni (se presente)
- ☐ Lettera motivazionale (max 1 pagina, formato Word)

Dichiarazione

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver letto attentamente il bando della Masterclass AICE Giovani 2025 e di accettarne integralmente le condizioni di partecipazione.

Autorizzazione al trattamento dei dati personali

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), autorizzo il trattamento dei miei dati personali per le finalità connesse alla selezione e partecipazione alla Masterclass AICE Giovani 2025.

Data: ____ / ____ / ____

Firma: _____