



**DOMANDA DI PRESCRIZIONE**

***Master di II livello in  
Ortognatodonzia  
"L'ortodonzia del Futuro"***

*Direttore: Prof. Letizia Perillo*

**Il/La sottoscritto/a** .....

**Titolo di studio** ..... **Nato/a a** .....

**Cod. Fisc.** .....

**Residente a** .....

**Via** ..... **Città** .....

**CAP** ..... **Prov.** ..... **Tel.** .....

**Cell.** ..... **Fax** ..... **E-mail:** .....

(Si prega di scrivere in stampatello)

Chiede la prescrizione al Master di II Livello in **Ortognatodonzia "L'ortodonzia del Futuro"**.

Dichiara di possedere i titoli di studio sopra elencati e di impegnarsi a frequentare il Master secondo le modalità prefissate.

Con la firma apposta sulla presente scheda, in piena conoscenza del d.lgs 679/2016 art. 17, sul trattamento dei dati personali, autorizzo sino a revoca scritta da parte mia, al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali nei limiti predetta legge. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Firma ..... Data .....



**Per iscriversi inviare a:** [letizia.perillo@gmail.com](mailto:letizia.perillo@gmail.com)

**Per info telefonare a:** 081 5665495 o 081 5665501

**Anno Accademico 2018 - 2019**