



ACCADEMIA di MEDICINA
OSTEOPATICA
"Alessandro IV"

DOMANDA DI PRE-ISCRIZIONE

AL CORSO TRIENNALE DI OSTEOPATIA

DATI DEL CANDIDATO

Il/La sottoscritto/a _____

Luogo di nascita: _____

Provincia: _____ **Data di nascita:** ____ / ____ / ____

Codice Fiscale: _____

Residenza: _____

Via/Piazza _____ n. _____

CAP _____ Città _____ Provincia _____

Recapiti:

Telefono _____ Cellulare _____

E-mail _____ Pec _____

TITOLO DI STUDIO

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere in possesso del seguente titolo di studio valido per l'accesso al Corso Triennale di Osteopatia:

☐ Diploma di scuola secondaria di secondo grado

Tipologia: _____

Istituto: _____

Anno di conseguimento: _____

☐ Laurea

Indirizzo: _____

Università: _____

Anno di conseguimento: _____

RICHIESTA DI PRE-ISCRIZIONE

Il/La sottoscritto/a **CHIEDE** di essere ammesso/a alla **pre-iscrizione al Corso Triennale di Osteopatia** erogato dall'Accademia di Medicina Osteopatica "Alessandro IV", *(legalmente rappresentata dalla società FO.R.I.S. GROUP SRL UNIPERSONALE con sede legale in via Empolitana Km 2,600 - 00024 Castel Madama - RM)* con avvio previsto per il **mese di settembre 2026**, secondo quanto previsto dal Regolamento di Pre-Iscrizione pubblicato sul sito ufficiale dell'Accademia.

DICHIARAZIONI DEL CANDIDATO

Il/La sottoscritto/a dichiara:

☐ di aver preso visione e di accettare integralmente il **Regolamento di Pre-Iscrizione al Corso Triennale di Osteopatia**;

☐ di essere consapevole che la pre-iscrizione **non costituisce immatricolazione**, che sarà formalizzata successivamente alla pubblicazione del D.P.R. di recepimento dell'Accordo Stato–Regioni;

☐ di essere a conoscenza che l'accesso al corso avviene **senza test di ammissione** nel periodo transitorio, purché la pre-iscrizione sia completata entro il **31 agosto 2026**;

☐ di essere informato/a che la quota di pre-iscrizione pari a € **350,00** ha valore amministrativo, è imputata alla prima retta annuale e **non è rimborsabile in caso di rinuncia volontaria**;

☐ di impegnarsi a fornire documentazione veritiera e completa, consapevole delle responsabilità previste dalla normativa vigente in caso di dichiarazioni mendaci.

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

Alla presente domanda si allega:

☐ copia del documento di identità e del codice fiscale

☐ copia conforme del titolo di studio

☐ n. 1 fotografia formato tessera

☐ copia della ricevuta del bonifico di pre-iscrizione

MODALITÀ DI PAGAMENTO (presa visione)

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver effettuato / di impegnarsi a effettuare il versamento della quota di pre-iscrizione esclusivamente tramite **bonifico bancario** intestato a:

FO.RI. S. Group S.r.l. – Formazione, Ricerca, Salute

IBAN: IT57L 02008 39440 000103433569

Causale:

Pre-iscrizione Corso Triennale in Osteopatia – Nome e Cognome del candidato

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), il/La sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali forniti esclusivamente per finalità connesse alla gestione della presente domanda di pre-iscrizione e alle attività istituzionali dell'Accademia.

☐ **Presta il consenso** ☐ **Non presta il consenso**

Luogo e data _____

Firma del candidato

SPAZIO RISERVATO ALLA SEGRETERIA DIDATTICA

Data ricezione domanda _____

Documentazione completa ☐ Sì ☐ No

Esito pre-iscrizione ☐ Accolta ☐ Non accolta

Note _____

Firma e timbro