

Modulo di di assegnazione progetto Professional & Research Exchange

Io sottoscritto/a, _____, nato/a a _____, il _____,
N° Carta d'Identità _____, residente a _____, in
via _____, indirizzo e-mail _____, Sede
Locale di _____, titolare della tessera SISM n° _____ ;

PREMESSO

- che ho partecipato al bando indetto dal SISM - Sede Locale di _____ ;
- che il SISM - Sede Locale di _____ ha ben specificato i termini, le condizioni e le modalità del progetto di cui sopra;
- che sono a conoscenza dei criteri di attribuzione dei punti penalità come previsto da regolamento;
- che sono a conoscenza, altresì, delle Exchange Conditions della meta di destinazione (vaccinazioni necessarie, adempimenti, requisiti, ecc.);
- che sono a conoscenza ed ho accettato le condizioni di rimborso come presentate dal LEO/LORE e specificate nel Regolamento Rimborsi;

DICHIARO

- di **accettare** in via definitiva l'assegnazione del progetto Professional Exchange / ResearchExchange(cancellare la voce che non interessa)in _____
(Nazione/NMO), e di perfezionare tale procedimento tramite la firma della liberatoria entro i termini stabiliti dai Local Officers.
- di **rifiutare** in via definitiva l'assegnazione del progetto, rimanendo escluso da ulteriori riassegnazioni fino al primo esaurimento della graduatoria

Luogo e data

Firma

SISM Segretariato Italiano Studenti Medicina

Ufficio Nazionale: Padiglione Nuove Patologie, Policlinico Sant'Orsola, Via Massarenti 9, 40138 Bologna

tel/fax: +39 051 399507; email: info@sism.org; web: www.sism.org

Codice Fiscale 92009880375