

Modulo di Iscrizione
DOLL THERAPY

Terapia della bambola. Specializzazione e approfondimento.

DATI ANAGRAFICI: Nome _____ Cognome _____

Data nascita _____ Comune Nascita _____

Prov. _____ Codice Fiscale _____

Nazionalità _____ Cittadinanza _____

Residente in Via _____ CAP _____ Città _____

prov. _____ N. Telefonico _____ Cell. _____ E-Mail _____

TITOLO DI STUDIO _____

COOPERATIVA/AZIENDA DI APPARTENENZA (ragione sociale) _____

Via _____ CAP _____ Città _____

prov. _____ N. Telefonico _____ E-Mail _____

P.IVA / cod. fiscale _____

RUOLO PROFESSIONALE _____

SI RICHIEDE LA FATTURAZIONE DELLA QUOTA DI ISCRIZIONE (barrare)

- alla cooperativa/azienda di appartenenza
 alla persona iscritta

SI RICHIEDE LO SCONTO DEL 10% SULLA QUOTA DI ISCRIZIONE IN QUANTO

- Ex allievo IRECOOP anno _____ corso _____
 Dipendente/socio di cooperativa associata a Confcooperative cooperativa _____
 Familiare convivente di dipendente/socio di cooperativa associata a Confcooperative
Nome del dipendente/socio _____ cooperativa _____

DICHIARA DI ESSERE INFORMATO/A CHE

- l'iscrizione andrà perfezionata con il versamento tramite bonifico bancario e presentazione a IRECOOP di relativa ricevuta contabile (c/c intestato a IRECOOP E.R. presso EMILBANCA, IBAN IT 24 0 07072 02406 032000114503), prima dell'avvio del corso, del saldo della quota pari a Euro 122,00. Nel bonifico andrà precisato nella causale "**Corso DOLL THERAPY**" + NOME e COGNOME del/della corsista.
- Chiediamo di farci avere copia del bonifico via fax, via mail, o portarla presso i ns uffici.
- A seguito del versamento verrà emessa regolare fattura.
- l'intera quota di iscrizione non potrà essere in alcun caso ridotta o rimborsata. In particolare la quota di iscrizione non è riducibile o rimborsabile in tutto o in parte a seguito di mancata frequenza.
- il corso verrà attivato al raggiungimento del numero minimo di iscrizioni previsto.

(firma)

Dichiara inoltre di essere informata/o, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D. Lgs.30.06.2003 n. 196 che i dati personali raccolti nel presente documento saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

Firma

PRIVACY

Il Presente Modulo va riconsegnato ad Irecoop Emilia Romagna al momento della consegna della documentazione richiesta per la candidatura al corso e/o in aula

IRECOOP EMILIA ROMAGNA SOC. COOP. Utilizza, anche tramite collaboratori esterni, i dati che la riguardano per sue finalità amministrative, contabili, anche quando li comunica a terzi. Informazioni dettagliate, anche in ordine al suo diritto di accesso e agli altri suoi diritti, sono riportate all'indirizzo www.irecoop.it.

Il sottoscritto _____ ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/03, esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali conferiti, nei limiti e secondo le modalità di cui all'informativa.

Data

Firma

Dichiara inoltre di voler essere iscritto alla newsletter, nei limiti e secondo le modalità di cui all'informativa.

Do il consenso

Nego il consenso

Dichiara di prestare il consenso per la diffusione dei propri dati personali, ivi compresi le immagini video fotografiche, per le finalità e ai soggetti indicati nell'informativa

Do il consenso

Nego il consenso

Data

Firma