

Ordinamento

Tipo 1 – Full Time

Tipo 2 Part Time

Mix Mode

Dati anagrafici del richiedente

Nome _____ Cognome _____

Nato/a a _____, il _____

Codice Fiscale _____ Partita IVA _____

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ n. _____ Recapito/i telefonico/i. _____

Dati per la fatturazione _____

E-mail/PEC _____

in possesso del seguente titolo di studio _____

conseguito presso _____ in data _____

CHIEDE

di essere iscritto/a alla frequenza del: 1° ___ 2° ___ 3° ___ 4° ___ 5° ___ anno del Corso di Osteopatia.

Allega:

1. Contratto di formazione integralmente compilato e sottoscritto;
2. Regolamento integralmente compilato e sottoscritto;
3. Dichiarazione di manleva all'attività di didattica pratica;
4. Informativa per il trattamento di dati personali ai sensi del d.lgs 196/03 art. 13 ed acquisizione del consenso al trattamento dei dati ai sensi del d.lgs 196/03 art. 23.
5. Fotocopia carta di identità (fronte-retro)(solo all'immatricolazione);
6. Fotocopia Codice fiscale (fronte-retro) (solo all'immatricolazione);
7. Quattro fotografie formato tessera(solo all'immatricolazione);
8. Copia autenticata del titolo di studio o attestato sostitutivo originale (solo all'immatricolazione);
9. Breve *curriculum vitae e Studiorum* (solo all'immatricolazione);
10. Copia bonifico bancario della quota di iscrizione e dell'acconto per l'A.A. intestato ad Associazione il Fulcro, presso Banca Friuladria, filiale di Marcon(VE), Piazzale Europa, 8 – 30020 Marcon(VE) IBAN IT02R0533636150000040189063

Il/La sottoscritto/a, dichiara la veridicità dei dati sopra riportati, presta il suo consenso al trattamento dei dati personali per le finalità indicate nel contratto di formazione.

Luogo e Data _____

Firma _____