

DOMANDA DI ISCRIZIONE CORSO O EVENTO

Nome..... Cognome

Via.....C.a.p.....

Città.....Provincia.....

Regione..... Codice fiscale

Telefono..... Cellulare.....

e-mail:

iscritto/a AssoOLISTICA al numero del Registro

- in proprio
- in qualità di legale rappresentante dell'Associazione/Ente.....

CHIEDE

di poter iscrivere il corso di Formazione Professionale ai fini della concessione ECP

TITOLO:.....

SEDE DEL CORSO (nome dell'Associazione o Ente presso cui si svolge e indirizzo):

.....
.....

DOCENTI:.....

A tal fine dichiara che le caratteristiche del corso sono:

1. Struttura del corso: numero di ore complessivo.....
di cui Teoriche..... Laboratori..... Supervisioni.....
2. Titolo di studio, o particolari competenze richieste per l'ingresso al corso
.....

Il modulo, firmato, va inviato a **assoolistica@gmail.com** con allegati:

- Elenco e curriculum dei docenti
- Progetto Formativo completo e dettagliato
- Ricevuta del versamento della quota di iscrizione (20,00 euro per corsi con numero ore complessive inferiori o uguale a 16; 40,00 euro per corsi con numero di ore complessive superiori a 16)

Data

Firma

Dichiaro di avere ricevuto le informazioni di cui al Regolamento Comunitario 679/2016 e al D. Lgs. 101//2018 in particolare riguardo ai diritti da me riconosciuti dalla legge ex art. 7 D.lgs. 196/2003, acconsento al trattamento dei miei dati con le modalità e per le finalità indicate nella informativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali alla gestione del rapporto contrattuale.

Firma per consenso