

Domanda di iscrizione

(Inoltare il modello compilato, via email a segreteria@aiasf.it con copia del bonifico che attesti iscrizione al corso)

Al Segreteria **A.I.A.S.F.**

Roma

Nome e Cognome _____

Nato/a a _____ il _____

Codice fiscale _____ Professione _____

Residente a _____ Provincia (___) in Via _____

n. _____ c.a.p. _____ Telefono _____ Cellulare _____

E-mail _____

CHIEDE L'ISCRIZIONE AL CORSO

SEDE _____ GIORNI _____

e, nel caso si desidera rateizzare la quota di iscrizione, accetta le seguenti condizioni:

1) **Quota di iscrizione** - Ammonta a €. _____ (€ ____/____)
da versarsi al momento dell'iscrizione.

2) **Quota di frequenza** - Ammonta a €. _____ (€ ____/____)
e, a richiesta del contraente, viene così ripartita: €. _____ (€ ____/00)x ____
rette, da versare inderogabilmente *entro e non oltre il giorno prima della chiusura del CORSO.*

Informativa: ai sensi dell'art. 13 del Gdpr, i dati sopra forniti sono trattati unicamente per le finalità inerenti lo scopo della presente iniziativa e per informare di successive altre simili iniziative a seguito del suo consenso se espresso al momento del tesseramento.

Inoltre può esercitare i diritti di cui dall' articolo 15 al 22 del Gdpr scrivendo al titolare del trattamento in qualunque momento.

Firma _____

