

RICHIESTA ISCRIZIONE AL CORSO _____

DEL ___/___/___ **COSTO EURO** _____

(inviare via fax al n. 095.2246113)

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ () IL _____

RESIDENTE A _____ () VIA _____

_____ N. _____ CAP. _____

TEL. _____ CELL. _____

FAX _____ E MAIL _____

CODICE FISCALE _____

DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO N. _____

RILASCIATO DA _____ IL _____

DA FATTURARE A:

DENOMINAZIONE _____

INDIRIZZO _____ P.I. _____

DATA _____ FIRMA _____

Il sottoscritto autorizza Accademia Eraclitea S.r.l. a trattare i propri dati personali ai sensi e per gli effetti del D.lgs. 196 del 30/06/2003 e successive modifiche ed integrazioni.

DATA _____ FIRMA _____