

OGGETTO: Iscrizione corso di formazione/aggiornamento/workshop

Il/La Sottoscritto/a Dott./Dott.ssa (**Cognome**) _____
(**Nome**) _____ C.F. _____ nato/a
a _____ provincia () il _____,
residente in _____ provincia () via
_____ n° _____ Tel. _____
cell. _____ indirizzo e-mail _____, in possesso di Diploma/Laurea
in _____ (indicare il tipo di laurea):
 triennale **quadriennale** **quinquennale**) conseguita il _____
presso la facoltà di _____, **chiede** di
partecipare al corso di Specializzazione/formazione/aggiornamento dal titolo:

Lo/a stesso/a dichiara di aver preso visione e di condividere integralmente le condizioni definite dalla direzione.

A tal fine si allegano:

- Copia del titolo di studi: Laurea/Diploma
- Bonifico tassa di iscrizione €
- Copia documento di identità e codice fiscale
- Modalità di pagamento scelta: unica soluzione trimestrale pagamento personalizzato

EXEDRA INSTITUTES – Scuola di Formazione Psico-Pedagogico-Sociale

Via Rolando Lanari, 5 – 92100 Agrigento

Coord. Bancarie : **Banca Sella - IT38T0326816600052577637840**

_____ li _____

Firma

Il/La sottoscritto/a dichiara di avere ricevuto le informazioni di cui **art. 13 del GDPR 2016/679**, nonché di avere avuto conoscenza che i dati da me conferiti hanno anche natura di dati sensibili, quindi acconsento al trattamento dei miei dati per le finalità e con le modalità indicate nella informativa stessa.