



DOMANDA DI PARTECIPAZIONE/ISCRIZIONE

Cognome: _____ Nome: _____

Luogo e data di nascita: _____

Via: _____ n°: _____ Cap: _____ Città: _____ Prov.: _____

Cod.Fisc.: _____ P.Iva: _____

Tel.: _____ Cell.: _____ E-mail: _____

Titolo di Studio: _____

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO/A AL:

MASTER DI SPECIALIZZAZIONE PERFEZIONAMENTO PROFESSIONALE WORKSHOP IN:

Organizzato da **EXEDRA INSTITUTE** – Scuola di Formazione in ambito Psico-Pedagogico-Sociale - Via Rolando Lanari, n. 5 – 92100 Agrigento.

ALLEGATI:

- fotocopia documento d'identità
- certificato o fotocopia del titolo di studio
- ricevuta della quota di iscrizione(*)

Data _____ Firma _____

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI

L'interessato, presa visione dell'informativa redatta ai sensi del art.13 del D.Lgs. n. 196/2003, autorizza e presta il suo consenso al trattamento dei dati personali al Centro di Formazione **Exedra Institute** sito in via Rolando Lanari, n. 5 – 92100 Agrigento.

Data _____ Firma _____

(*) MODALITA' DI ISCRIZIONE E COSTI DEL CORSO SCELTO (da compilare)

La quota di iscrizione di € è da versare, dopo il superamento del colloquio motivazionale, presso la sede della Scuola di Formazione **Exedra Institute** di Agrigento o tramite bonifico da intestare a : **Studio Associato EXEDRA – Cod. IBAN IT60 A057 7282 930C C055 0007364 - Causale:** (Tipologia di corso).

Costi complessivi

Iscrizione €. _____
I Anno €. _____
II Anno €. _____
III Anno €. _____

Diritti di segreteria Esame di Tesi: Corsi annuali €. 200,00 - Master €. 250,00

Il costo del corso è comprensivo di IVA