

# MODULO ISCRIZIONE OSTEOPATIA - TEMPO PARZIALE

Domanda di iscrizione del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

IO SOTTOSCRITTO/A, \_\_\_\_\_

CHIEDO DI ESSERE ISCRITTO/A AL CORSO DI OSTEOPATIA TEMPO  
PARZIALE PER L'ANNO ACCADEMICO 2018/2019.

## DATI ANAGRAFICI

NOME \_\_\_\_\_  
(inserire anche eventuale secondo e/o terzo nome)

COGNOME \_\_\_\_\_  
(inserire cognome completo)

SESSO \_\_\_\_\_ C.I. n. \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_

IL \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

RESIDENZA \_\_\_\_\_  
(indirizzo completo: via/viale/piazza, nr. civico, comune, CAP e Provincia)

DOMICILIO \_\_\_\_\_  
(solo se diverso dalla residenza)

TELEFONO \_\_\_\_\_ CELLULARE \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

CITTADINANZA \_\_\_\_\_ NAZIONALITÀ \_\_\_\_\_

TITOLO DI STUDIO \_\_\_\_\_

SCUOLA DI PROVENIENZA \_\_\_\_\_

# MODULO ISCRIZIONE OSTEOPATIA - TEMPO PARZIALE

HA MAI INTERROTTO UN CORSO DI STUDIO?  SI  NO (barrare la risposta corretta)

SE SÌ, QUALE? \_\_\_\_\_

ATTUALE CONDIZIONE PROFESSIONALE? \_\_\_\_\_

QUANTO TEMPO VALE LA SUA ULTIMA CONDIZIONE PROFESSIONALE?

\_\_\_\_\_

ISCRIZIONE AL CENTRO PER L'IMPIEGO?  SI  NO (barrare la risposta corretta)

SE SÌ, DA QUANDO? \_\_\_\_\_

INFORMAZIONI PER LA SEGRETERIA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FIRMA PER PRESA VISIONE \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

# MODULO ISCRIZIONE OSTEOPATIA - TEMPO PARZIALE

## MODALITÀ ISCRIZIONE

Quota iscrizione € 300,00

Le rate successive saranno così distribuite:

- prima rata entro fine settembre
- seconda rata entro fine febbraio

## MODALITÀ DI PAGAMENTO

- a mezzo **assegno bancario** intestato a **ISCOS FORMAZIONE SAS**
- a mezzo **bonifico bancario** alle seguenti coordinate:

**ISCOS FORMAZIONE SAS**

**BANCA BNL - IBAN: IT23 B010 0520 4000 0000 0009 768**

Causale: nome, cognome dello studente/essa, n. rata e Corso Osteopatia  
TEMPO PARZIALE

## DOCUMENTI ALLEGATI:

- Fotocopia Carta Identità + Codice Fiscale
- Copia del Diploma di Scuola Media Superiore o copia della Laurea
- Versamento quota iscrizione

IL CORSO AVRÀ INIZIO AL RAGGIUNGIMENTO DEL NUMERO MINIMO DI 12 ISCRITTI

# MODULO ISCRIZIONE OSTEOPATIA - TEMPO PARZIALE

- Con la sottoscrizione del modulo, autorizzo Iscos Formazione sas a inviarmi ogni comunicazione agli indirizzi sopra indicati e mi impegno a segnalare tempestivamente qualsiasi modifica dei miei dati personali.
- Manifestazione di consenso al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 GDPR. il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a su quanto previsto e di consentire espressamente all'Istituto Iscos Formazione sas, con sede in via Salvo D'Acquisto 9/A MONZA il trattamento anche informatico dei dati comunicati, di quelli derivanti dall'evolversi del rapporto nonché la loro comunicazione a terzi, come previsto nel suddetto testo informativo.

FIRMA PER PRESA VISIONE \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_