MODULO DI ISCRIZIONE CORSO POST-GRADUATE C.S.O.T.

TITOLO E DATA DEL CORSO: _____

DATI PERSONALI

COGNOME _____

NOME _____

LUOGO DI NASCITA _____ DATA _____

INDIRIZZO _____

CAP _____ CITTÀ _____ PR ____

TEL. _____ CELL. _____

E-MAIL* _____

* È obbligatorio indicare un indirizzo e-mail valido per l'invio delle comunicazioni

D.O. CONSEGUITO PRESSO _____ ANNO _____

STUDENTE 6° ANNO PRESSO _____

DATI AMMINISTRATIVI (per intestazione fattura)

NOMINATIVO/RAGIONE SOCIALE _____

INDIRIZZO _____

CODICE FISCALE _____ PARTITA IVA _____

COME HAI SAPUTO DEL CORSO?

◊ Internet ◊ E-mail informativa

◊ Passaparola ◊ Altro (specificare) _____

A QUALE/I ALTRO ARGOMENTO/I POST-GRADUATE SEI INTERESSATA/O?

◊ _____ ◊ _____

◊ _____ ◊ _____

INFORMATIVA PRIVACY (D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003)

Si informa che i dati forniti saranno trattati nel rispetto e ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003. L'interessato ha facoltà di esercitare i diritti previsti dagli artt. 7, 8 e 9 del D. Lgs. 196/2003. Il titolare del trattamento è la Società suindicata nella figura del legale rappresentante.

Data_____ Firma_____