

# Domanda di iscrizione alla scuola di Agopuntura di Palermo

Modulo di iscrizione 2018 - 19

Io sottoscritto/a dott. ....

avvalendomi della facoltà stabilita dall'Art. 2 della legge n. 15 del 04/01/68 e consapevole delle pene stabilite dalla legge in caso di false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la mia responsabilità, dichiaro:

di essere nato/a a ..... Prov. .... il ...../...../.....

di risiedere a ..... Prov. .... C.A.P. ....

in Via/P.zza ..... n° .....

Tel. lav ..... abit ..... Fax .....

Cell ..... E-mail .....

Cod. Fisc ..... P.IVA .....

Luogo di lavoro .....

di essermi laureato/a in Medicina e Chirurgia nell'Università di .....

nell'anno ..... di essere iscritto/a presso l'Ordine dei Medici di .....

al n° ..... di aver conseguito la specialità in .....

**Inoltre, ai sensi del DLGS n.196/2003 relativa alla "tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali", dichiaro di autorizzare l'A.S.A. ad inserire i dati inclusi nel presente formulario, nei propri archivi cartacei ed elettronici e ad utilizzarli, oltre che per gli adempimenti di legge, anche per scopi informativi e promozionali. A norma di legge, potrò avere accesso ai dati suddetti in ogni momento e richiederne la cancellazione.**

Il Dichiarante.....

## CHIEDO

di essere iscritto/a al ..... anno del Corso di Agopuntura Tradizionale e Classica presso la sede **ASA** di ..... per l'Anno Accademico 2018/2019.

Dietro pagamento della somma di:

QUOTA ANNUALE: € 1.600,00

**Il pagamento è così suddiviso: al momento dell'iscrizione va versata tramite bonifico bancario la prima quota di 500€. La restante parte può essere pagata in una unica soluzione (da 1100) o in due rate (da 550€). Per gli studenti iscritti dal secondo anno di corso che "portano un amico" è previsto uno sconto del 15%.**

Modalità di pagamento prescelta:  unica soluzione  acconto + due rate

Bonifico intestato a: ASSOCIAZIONE SICILIANA AGOPUNTURA IBAN: IT89N030150320000003543596

Assegno bancario intestato a: ASSOCIAZIONE SICILIANA AGOPUNTURA

- Accetto che le fatture relative alle quote di iscrizione mi vengano spedite in formato elettronico all'indirizzo di posta elettronica da me sopra indicato.

- **Il richiedente è consapevole che con l'iscrizione è tenuto al versamento dell'intera quota annuale senza alcuna eccezione anche in caso di ritiro volontario**

li, ..... / ..... / .....

Il Richiedente