

# Domanda di iscrizione al Corso di Auricoloterapia 2019

Io sottoscritto/a Dott. ....

valendomi 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 .....Cell .....Cell.....

E-mail.....PEC.....

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

Professione .....

**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.....



di essere iscritto/a al **Corso di Auricoloterapia Cinese 2019** tenuto dalla **ASA** di Palermo.

L'iscrizione al corso si chiuderà il 20/07/2019 ed il costo totale è di: 320,00€ (iva inclusa) con un anticipo di € 150,00 al momento dell'iscrizione. Il **saldo** del corso dovrà essere effettuato entro il 30/08/2019

Modalità di pagamento:

Bonifico intestato a: ASSOCIAZIONE SICILIANA AGOPUNTURA IBAN: IT89N0301503200000003543596

- Accetto che la fattura relativa alla quota di iscrizione mi venga spedita 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 senza alcuna eccezione anche in caso di ritiro volontario

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

Il Richiedente