

Domanda di iscrizione ai corsi del Centro Holos

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 CORSO DI FORMAZIONE

Chiede di essere iscritto/a al corso in Sede di

ALLEGATI:

- Ricevuta di versamento quota di iscrizione *

- Fotocopia del titolo di studio o Autocertificazione

**Il Centro HOLOS precisa che in caso di rinuncia al corso le quote versate non verranno restituite e il corsista sarà tenuto a versare all'organizzazione la metà delle rate rimanenti al momento del ritiro.*

Data Firma per esteso

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI

L'interessato/a presa visione dell'informativa redatta ai sensi dell'Articolo 13 del Decreto LG 30/06/03 n° 196, di seguito specificata, autorizza e presta il suo consenso al trattamento dei dati personali al Centro Holos Via Filippo Juvara, 9/A – 96100 Siracusa.

Data Firma per esteso