SALERNO FORMAZIONE S.N.C.
Sede Legale:
Via Antonio Migliorati, 11 – 84134 Salerno
CF/P.IVA 04459970655

RICHIEDENTE

Nome e Cognome……

Nat….il. …./…./……..a……Prov……Naz…….

Residente in Via……..N……Frazione…….

Comune…….Cap……Prov……

Domiciliato in Via……N…….Frazione……

Comune…….Cap……Prov……

Tel…….Cell……E.mail…….....

Codice Fiscale:

Documento……...n…….....Rilasciatoda……il……...

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

Nome e Tipo di istruzione di istituto e/o formazione	**Voto e Data di Conseguimento Titolo**

CHIEDE DI

- **partecipare al MASTER DI ALTA FORMAZIONE PROFESSIONALE IN "DIRITTO TRIBUTARIO"**
- CON LEZIONI IN AULA
- CON LEZIONI IN MODALITA' E.LEARNING – ON.LINE

La durata del master è di 50 ore che si svolgeranno presso la sede di Salerno Formazione di TORRIONE (Salerno – Città)

Il servizio è a disposizione del beneficiario a partire dalla sottoscrizione del presente contratto; in caso di mancata disponibilità del beneficiario all'immediata fruizione del servizio, si compili il seguente campo:

Disponibilità del richiedente ad usufruire del servizio a partire dal **mese di SETTEMBRE 2020**

Firma del Richiedente _____

QUOTA ISCRIZIONE – PER RILASCIO DIPLOMA DI MASTER

Costo Complessivo (eventuali imposte incluse)	Quota versata contestualmente alla sottoscrizione	Residuo da Pagare
***€. 350,00**	**€. 0 (ZERO)**	***€. 350,00**

(*) Da versare entro la data che sara' comunicata telefonicamente dalla segreteria studenti. Qualora tale somma non fosse versata dal candidato nei tempi previsti verrà escluso in maniera immediata. Il posto del candidato escluso sarà immediatamente occupato dal primo dei non ammessi.

Firma del Richiedente _____

INFORMAZIONE E CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI artt. 13 – 23 D.Lgs 30 giugno 2003 N° 196	
CONTRAENTE	**BENEFICIARIO**
Esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali da parte della Società per tutte le finalità; Inoltre **ESPRIMO NEGO** il consenso al trattamento dei miei dati personale da parte della Società per finalità di invio di informative promozionali o pubblicitarie anche telematiche di servizi offerti dalla Società reputati di mio potenziale interesse. Mi impegno altresì a comunicare alla società l'aggiornamento dei miei dati personali che dovessero subire variazioni o rettifiche nel tempo. Firma del Richiedente: _____	Esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali da parte della Società per tutte le finalità; Inoltre **ESPRIMO NEGO** il consenso al trattamento dei miei dati personale da parte della Società per finalità di invio di informative promozionali o pubblicitarie anche telematiche di servizi offerti dalla Società reputati di mio potenziale interesse. Mi impegno altresì a comunicare alla società l'aggiornamento dei miei dati personali che dovessero subire variazioni o rettifiche nel tempo. Firma del Beneficiario: _____

_l_ sottoscritt_ dichiara di aver preso visione del programma di studio e di accettarne il contenuto; prende atto, altresì, che l'ammissione al corso è subordinata alla verifica dei requisiti d'accesso richiesti.

Sottoscritto Presso la sede _____il _____/_____/_____

Firma del Richiedente _____

ALLEGATI ALLA DOMANDA DI AMMISSIONE :
- **Copia Carta d' Identità**
- **Copia Codice Fiscale**

Via Antonio Migliorati, 11 - 84134 Salerno - tel./fax: 089.2960483 - salernoformazione@libero.it