



ANNO ACCADEMICO 2018-2019

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____ (_____)

Residente a _____ CAP _____

Via/corso _____ n. _____

Codice Fiscale

Partita Iva

Professione / Attività _____

Recapito telefonico _____ e-mail _____
(S c r i v e r e L E G G I B I L E)

RICHIEDE L'ISCRIZIONE AL CORSO/CORSI

Firma leggibile

ALLEGA:

- Ricevuta del versamento del versamento a DHARMA soc. coop.
- Autocertificazione o fotocopia dei titoli di studio (quando richiesto per l'accesso al corso)

DICHIARA di aver compreso ed accettato i termini di iscrizione e frequenza e di provvedere alla consegna presso la sede di via Napoli 2a di tutta la documentazione richiesta, firmata in ogni sua parte.

Si dichiara che i dati personali sono trattati per il buon fine dell'iscrizione ed intrattenere i necessari rapporti scolastici ed amministrativi. Sono di conseguenza forniti all'Agenzia delle Entrate, tramite le fatture emesse. Li conserviamo in modo che non siano accessibili ad altri, e ne garantiamo la riservatezza, non cedendoli nemmeno ai docenti. Ricordiamo che – per legge - tutta la documentazione scolastica deve essere conservata e non può essere distrutta.

Responsabile del trattamento dei dati personali di cui alla presente informativa è il presidente di DHARMA

Per accettazione (Firma leggibile)

