

MODULO DI ISCRIZIONE (MD01)

Corso : Progettazione sociale

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a
a _____ il _____ Tel. _____
Cell _____ E-mail _____

compilando e sottoscrivendo il presente modulo accetta le condizioni di iscrizione sotto riportate e dà il consenso all'utilizzo dei dati personali ai sensi del Codice della Privacy (D.L. n°196 del 30/06/2003).

- Saranno ammessi al Corso coloro che avranno presentato la documentazione completa nei termini e modalità indicati;
- Il numero di partecipanti è limitato a n. 15 adesioni e le iscrizioni dovranno essere inoltrate entro il 12/01/2011. Le richieste pervenute successivamente a tale data potranno essere accolte a discrezione della Direzione;
- Il corso verrà attivato se si raggiunge il numero minimo di n. 10 partecipanti. Nel caso in cui il corso non venga attivato, l'Associazione provvederà al rimborso dell'intero importo versato a titolo di quota di iscrizione al corso e di quota associativa, di cui si allega ricevuta di pagamento;
- In caso di mancata partecipazione o ritiro dell'allievo, gli importi a qualsiasi titolo versati non potranno essere restituiti;
- Il Corso prevede un monte ore complessivo di 24 ore di didattica in aula;
- L'Associazione ASVOP si riserva, per ragioni organizzative e a proprio insindacabile giudizio, di apportare modifiche al calendario o alla sede previsti, ovviamente nel rispetto delle ore di attività previste.

Modalità di iscrizione:

- ✓ effettuare il pagamento dell'importo:
 - con bonifico bancario intestato a: Associazione ASVOP
IBAN: IT 97 Z 02008 04652 000300802081, indicando la causale "iscrizione asvop PS"
 - in contanti o assegno, presso la nostra sede in Corso Pisani, 324, **previo appuntamento.**

In caso di pagamento a mezzo bonifico, il presente modulo unitamente alla scheda associativa e la ricevuta di pagamento, dovranno essere inviati a mezzo fax al n.091. 3809951 oppure all'indirizzo formazione@asvop.it.

Data _____

Firma _____

Ultimo aggiornamento: Ottobre 2010

SCHEDA ASSOCIATIVA (MD02)

Cognome e Nome _____ nato a _____

Il _____ Cod. Fisc. _____ Residenza

(via, città, cap) _____

_____ Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

_____ Tel. _____ Cell. _____

E-mail _____

Titolo di studio _____

Professione _____

CHIEDE

di aderire all'Associazione ASVOP in qualità di socio in formazione.

Il sottoscritto dà il consenso all'utilizzo dei dati personali ai sensi del Codice della Privacy (D.L. n°196 del 30/06/2003).

Data _____

Firma _____