

**RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE**  
**CORSI A NUMERO PROGRAMMATO C.F.P. A.N.A.M. Cariatì**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

|                        |  |
|------------------------|--|
| Nome                   | Cognome  |
| Luogo di Nascita       | Data di nascita  |
| Indirizzo di residenza | Provincia - Cap  |
| Codice fiscale         | Sesso    M            F<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Titolo di Studio       |  |
| Cellulare              | Telefono   |
| E-mail                 |  |

*Preso visione di tutte le informazioni di carattere amministrativo e didattico relativo allo svolgimento del corso scelto*

**CHIEDE DI PARTECIPARE ai seguenti CORSI PROGRAMMATI**

|                         |
|-------------------------|
| <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
|-------------------------|

Impegnandosi a frequentare il/i corso/i prescelto/i presso la sede dell'Associazione C.F.P. A.N.A.M. Cariatì,  
in Via San Paolo, 62/64 - 87062 Cariatì (CS ).

**QUOTA DI ISCRIZIONE**

La quota di iscrizione ai Corsi è di € 300,00 comprensiva di Tessera Associativa.

**INFORMATIVA PRIVACY - D.LGS. 196/03**

Il/la sottoscritto/a inoltre esprime il consenso, ove necessario, al trattamento dei dati personali, ai sensi del Dlgs 196/2003 e s.m.i., anche per gli eventuali dati sensibili forniti per il conseguimento dei fini istituzionali dell'Associazione e allo scopo di poter usufruire di adeguate modalità di accesso alle sedi e ai servizi di didattica e ricerca disponibili da parte dell'Associazione.

**LUOGO E DATA**

**FIRMA DEL RICHIEDENTE**

**FIRMA DEL GENITORE O DI CHI NE FA LE VECI (SE MINORENNE)**