



## Domanda d'Iscrizione al corso frontale

Il/la Sottoscritto/a

Nato/a a  Prov.  Il  /  /

Residente a  via  n°

C.A.P.  Prov.  Tel.abit.

Cellulare  E-mail

Codice Fiscale

Professione

Titolo di studio

### CHIEDE

Di essere iscritto/a al *primo anno* di corso della scuola di Iridologia e Naturopatia per l'Anno Accademico 2024/2025;

**e prende atto che la frequenza alle lezioni è obbligatoria per l'80% e che l'iscrizione al CORSO FRONTALE comporta l'intero pagamento della somma di € 2.130,00 così suddiviso:**

Quota iscrizione: € 130,00 (DA VERSARE ALL'ATTO DELL'ISCRIZIONE)

1° Rata I° anno : € 500,00 (DA VERSARE ENTRO IL 31.12.2024)

2° Rata I° anno : € 500,00 (DA VERSARE ENTRO IL 28.02.2025)

3° Rata I° anno : € 500,00 (DA VERSARE ENTRO IL 15.04.2025)

4° Rata I° anno : € 500,00 (DA VERSARE ENTRO IL 31.05.2025)

***N.B. GLI IMPORTI SI INTENDONO COMPENSIVI DI IMPOSTE E TASSE***

Perciò allega:

1. **Titolo di studio** originale o fotocopia o certificato sostitutivo a tutti gli effetti.
2. **Una foto** formato tessera con **fotocopia di un documento** valido di riconoscimento.
3. Quietanza di versamento della quota di iscrizione sul Conto Corrente Bancario IBAN: IT6400604501801000007301037 - Banca Sparkasse intestato ad Accademia Nazionale di Scienze Igienistiche Naturali "Galileo Galilei", specificando la causale del versamento.

Data .....

Firma.....

**segue sul retro →**

# TUTELA DELLE PERSONE RISPETTO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

## ***Informativa***

Ai sensi del d.lgs. 196/2003 e successive modifiche, La informo che i dati contenuti in questo modulo vengono inseriti nella banca-dati dell'Accademia Nazionale di Scienze Igienistiche Naturali Galileo Galilei e Scuola di Iridologia e Naturopatia Luigi Costacurta, il cui responsabile di trattamento è il Legale Rappresentante. Il trattamento dei dati, per il quale si richiede l'autorizzazione, che avverrà nel rispetto della massima riservatezza e dell'assoluta sicurezza, è finalizzato alla gestione delle attività di codesta Accademia.

È Suo diritto ottenere in qualsiasi momento la modifica dei dati che La riguardano ed opporsi al loro utilizzo.

## ***Autorizzazione***

Autorizzo l'Accademia Nazionale di Scienze Igienistiche Naturali Galileo Galilei ad utilizzare i miei dati, necessari all'iscrizione all'Accademia Nazionale di Scienze Igienistiche Naturali Galileo Galilei per le seguenti finalità: iscrizione ai corsi, invio di comunicazioni (scritte o telefoniche), invio rivista "Medicina Naturale".

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Autorizzo l'Accademia Nazionale di Scienze Igienistiche Naturali Galileo Galilei ad inviarmi documentazione non strettamente finalizzata alla gestione della stessa, ma ad essa attinente, (come ad esempio iniziative promosse da altri enti), ma comunque vagliata dall'Accademia Nazionale di Scienze Igienistiche Naturali Galileo Galilei.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_