

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Tel.abit. \_\_\_\_\_

tel.uff. \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Di essere iscritto al primo anno di corso della scuola di Iridologia e Naturoigienotrofopatia per l'Anno Accademico 2011/2012 e prende atto che l'iscrizione al corso comporta il pagamento della somma di € 1.830,00, così suddivisa

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

1° Rata I° anno : € 850,00(DA VERSARE ENTRO IL 5.12.2011)

2° Rata I° anno : € 850,00(DA VERSARE ENTRO IL 28.02.2012)

*N.B. GLI IMPORTI SI INTENDONO IVA COMPRESA*

#### Perciò allega:

1. Titolo di studio originale o fotocopia o certificato sostitutivo a tutti gli effetti.
2. Due foto formato tessera con fotocopia di documento di riconoscimento.
3. Quietanza di versamento della quota di iscrizione sul c.c. postale n. 12742383 (oppure IBAN: IT 75 F 03064 01800 000843342350 - Banca Sella Nord Est) intestato ad Accademia Nazionale di Scienze Igienistiche Naturali "Galileo Galilei" C.P. 197 - 38121 Trento, specificando la causale del versamento.

Data .....

Firma.....

SEDE CENTRALE :

Largo Nazario Sauro 11 - C.P. 197 38121 TRENTO

Telefono e Fax: 0461-985102

e-mail: [info@scuolanaturopatia.org](mailto:info@scuolanaturopatia.org) - sito internet: [www.scuolanaturopatia.org](http://www.scuolanaturopatia.org)

**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 Direttore. 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 \_\_\_\_\_