

Domanda di partecipazione al MASTER DI ALTA FORMAZIONE PER "SPA THERAPIST"

(SI RIPORTANO INTEGRALMENTE LE INFORMAZIONI E LE DATE INDICATE NELLA BROCHURE DEL MASTER)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

residente in via _____ CAP _____ città _____ (.....)

Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____

Cod. fisc. _____

Dati per la fatturazione:

(Compilare solo ed esclusivamente se il pagamento viene effettuato da soggetto diverso dal partecipante)

Nome e cognome/ Denominazione sociale: _____

Partita iva/ Codice fiscale: _____ indirizzo _____

_____ CAP _____ Città' _____ Prov _____ Email per

comunicazioni: _____ Pec: _____ Codice

destinatario _____

CHIEDE

di partecipare al "Master di alta formazione per SPA THERAPIST" con inizio in data 11 DICEMBRE 2023 ed esame finale nelle date del 10 Febbraio 2024

Quota di partecipazione al master: € 1.300,00 da versare mediante bonifico bancario intestato a Euromadonie . codice iban:

IT4010897643350000000010591 causale: iscrizione corso di Spa Therapist, nome e cognome del partecipante.

Modalità di pagamento:

1° rata: € 500,00 contestualmente all'iscrizione;

2° rata: € 500,00 entro la data di inizio del corso;

3° rata: € 300,00 entro il 31 Dicembre 2023.

La quota di partecipazione al master include la quota di partecipazione all'esame per la Certificazione con Federspa.

Per esigenze organizzative, si prega di inviare le copie dei versamenti all' email: segreteria.termi@euromadonie.it

Il sottoscritto dichiara espressamente ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 c.c.,

- di aver preso visione, compreso e di accettare specificatamente gli artt. 2,3,5,8 del Regolamento del Master;
- di obbligarsi a non divulgare a terzi il contenuto delle lezioni e della prova di verifica sostenuta nel presente corso di formazione;
- di esonerare il soggetto formatore da ogni responsabilità qualora egli divulghi i contenuti del corso e della prova di verifica e riconosce al soggetto formatore il diritto di tutelare i propri interessi in ogni opportuna sede;

Luogo e data

Firma

TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPP. TE DELL'AZIENDA _____

(Se la partecipazione è a carico dell'Azienda)

Allega alla presente domanda:

- fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità e codice fiscale
- curriculum vitae
- copia del versamento della 1° rata

Luogo e data

Firma

TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPP. TE DELL'AZIENDA _____

(Se la partecipazione è a carico dell'Azienda)

FIRMA PER AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL CODICE DELLA PRIVACY (D.LGS 196/2003) E DEL REGOLAMENTO EUROPEO 679/2016 SULLA DATA PROTECTION (GDPR) DO IL CONSENSO -- NEGO IL CONSENSO

(FIRMA) _____

FIRMA PER AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI NEI LIMITI IN CUI QUESTO SIA STRUMENTALE A EUROMADONIE. (ISCRIZIONE CANDIDATI, DEFINIZIONE PROFILO VALUTATIVO, TRASFERIMENTO A DATABASE AZIENDALI, ETC, AI SENSI DEL CODICE DELLA PRIVACY (D.LGS 196/2003) E DEL REGOLAMENTO EUROPEO 679/2016 SULLA DATA PROTECTION (GDPR) DO IL CONSENSO -- NEGO IL CONSENSO (FIRMA) _____

La presente domanda ed i relativi allegati richiesti devono pervenire presso EUROMADONIE via email :

segreteria.termine@euromadonie.it prima della data di inizio del corso.

Alla domanda dovrà essere allegata la copia del bonifico di pagamento sul seguente codice iban: IT40I089764335000000010591 intestato a EUROMADONIE. – causale: iscrizione al corso di Spa Therapist