



Ente di Formazione, Didattica e Cultura



## Corso Specialistico in FASCIOTERAPIA POSTURALE E CRANIO – SACRALE

### SCHEDA DI ISCRIZIONE

#### Informativa ex Dlgs.n.196/2003

Il **Formed**, in qualità di titolare del trattamento, tratta i dati personali liberamente conferiti per fornire i servizi indicati e, se lo desidera, per aggiornarLa e promuovere analoghe iniziative future. Potrà esercitare i diritti di cui all'art.7 del D.lgs.n.196/03 rivolgendosi al Responsabile del trattamento, presso la ns. sede. Attraverso il conferimento del Suo indirizzo, numero di telefono e/o del suo indirizzo e-mail (del tutto facoltativi) esprime il Suo specifico consenso all'utilizzo di detti strumenti per l'invio di informazioni culturali e didattiche. In qualsiasi momento potrà avere accesso ai Suoi dati e chiederne la modifica o la cancellazione.

COGNOME _____	NOME _____
C.F. _____	PROFESSIONE _____
NATO A _____	PROV. _____ IL _____
INDIRIZZO _____	
CAP. _____	CITTA' _____ PROV. _____
TEL. _____ / _____	FAX _____ / _____
CELL. _____	E-MAIL _____

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, allega alla presente scheda di iscrizione

la seguente documentazione

Autocertificazione relativa al possesso dei requisiti per l'ammissione al corso (in allegato)

Fotocopia documento di identità e Codice Fiscale o P.IVA

✓ Curriculum vitae Autocertificato

✓ **Ricevuta di versamento di € 252,00 a titolo di ACCONTO per l'iscrizione** (comprensiva di spese e diritti di segreteria)

✓ Ordine di servizio o altro atto dirigenziale (solo per i dipendenti pubblici) comprovante l'impegno amministrativo dell'ente da cui si dipende.

## DICHIARA INOLTRE

- che la documentazione presentata è conforme all'originale custodita personalmente;
- di essere a conoscenza che, **il Costo del Corso è di € 1.452,00** (importo comprensivo di materiale didattico e oneri vari) e che i restanti **€ 1.200,00, dovranno essere pagati in 4 rate da versare presso la segreteria del Formed alle seguenti scadenze:**

- 1) € 300,00 entro e non oltre il **13 Gennaio 2012**
- 2) € 300,00 entro e non oltre il **3 Febbraio 2012**
- 3) € 300,00 entro e non oltre il **9 Marzo 2012**
- 4) € 300,00 entro e non oltre il **13 Aprile 2012**

### **I SUDETTI TERMINI SONO PERENTORI ED IL MANCATO RISPETTO DEGLI STESSI COMPORTERÀ LA RISOLUZIONE DEL PRESENTE CONTRATTO;**

- di essere a conoscenza che non potrà cominciare il Corso se non in regola con il pagamento richiesto;
- di essere a conoscenza che, in caso di mancato inizio del Corso per motivazioni non dipendenti dalla volontà dell'Istituto, il Formed si impegna a rimborsare quanto già versato dal corsista fino alla comunicazione dell'evento;
- di essere a conoscenza che, in caso di sottoscrizione del presente contratto, sarà obbligato a versare per intero quanto pattuito, accettato e sottoscritto indipendentemente dalla mancata partecipazione o/e interruzione dipendente dalla propria volontà;
- di essere a conoscenza che, in caso di rinvio dell'inizio del Corso per motivi organizzativi e/o logistici, il Formed sarà obbligato a rimborsare quanto versato a titolo di acconto fino a quel momento solo ed esclusivamente nel caso in cui fossero trascorsi oltre 90 giorni dalla prima data di inizio stabilita.
- di essere a conoscenza che lo svolgimento del Corso avverrà in 4 incontri di 3gg cadauno (venerdì, sabato e domenica), presso la sede del Formed, Corso Trieste n°291 – Caserta, nei seguenti giorni dell'anno 2012: **13-14-15 Gennaio, 3-4-5 Febbraio, 9-10-11 Marzo e 13-14-15 Aprile**. Resta inteso e concordato che le date in cui avverrà lo svolgimento delle lezioni potranno subire variazioni e/o modifiche che verranno tempestivamente comunicate al corsista.

### **I PAGAMENTI DOVRANNO AVVENIRE A MEZZO :**

- versamento contanti e/o assegno bancario/postale intestato al FORMED da effettuare presso la segreteria dell' Istituto
- bonifico bancario/postale con le seguenti coordinate : FORMED – BANCA POPOLARE DI BARI CASERTA - IBAN: IT02 M054 2414 9000 0000 1000 522 - da effettuarsi almeno cinque giorni prima della scadenza. **(E' obbligatorio l'invio della ricevuta al fax 0823 220975 dopo aver effettuato il bonifico).**

*Inserire di seguito i dati per la fatturazione nel caso in cui il fruitore del Corso sia un soggetto diverso dal titolare di Partita I.V.A. (es. Centro Medico, Ente pubblico/privato, Azienda, Società, Studio Associato, etc...):*

atto,

Data \_\_\_\_\_

*Consapevole di quanto riportato e previsto nel presente*

*approvo, confermo e sottoscrivo*

Firma \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
(Autodichiarazione)

*ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ ( )

Il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ ( )

In via \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e succ. mod ed integr, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000. Per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

**DICHIARA**

- Di essere in possesso dei seguenti Titoli di Studio:

*Diploma di* \_\_\_\_\_ *con punteggio* \_\_\_\_\_;

*Laurea in* \_\_\_\_\_ *con punteggio* \_\_\_\_\_;

*Altri Titoli* \_\_\_\_\_;

Di essere iscritto alla seguente Università: \_\_\_\_\_;

*Corso di Laurea:* \_\_\_\_\_;

- Residenza \_\_\_\_\_;
- Pieno godimento dei diritti civili e politici;
- Essere dipendente dell'Ente \_\_\_\_\_;
- Essere libero professionista;
- Non aver riportato condanne penali.

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_  
Firma

**Allegare fotocopia di un documento d'identità**