

MODULO DI ADESIONE ALLA SCUOLA COACHING

Spett.le “Trasformati”,

Via Vezio Crisafulli, 39 cap 00166 Roma CF/PI 15281941003

Il sottoscritto

Nome: _____ Cognome: _____ Sesso: M F

Nato a: _____ Provincia: _____ Nazione: _____

il: ___/___/___ indirizzo residenza: _____ n° _____ CAP.: _____

professione: _____

Comune di: _____ Provincia: _____

Telefono: _____ Cellulare: _____ Fax _____

e-mail _____@_____

CHIEDE

di voler conseguire il corso di Coaching di “Trasformati”.

A tal fine dichiara di avere preso visione dello Statuto presente sul sito www.trasformati.it, di approvarlo in ogni sua parte e di condividere i principi e le finalità dell'Associazione, nonché di prendere visione del programma di formazione, termini e tempistica, e di accettare il prezzo di euro 2.450,00 + iva.

Pertanto, si impegna a versare, a mezzo bonifico all' Iban IT 82 O 01030 03216 000002535322 intestato a Trasformati,

- la prima quota pari a 900,00 Euro (novecento/00 euro) entro 15 gg dalla data di sottoscrizione della presente, per il perfezionamento dell'iscrizione al corso;
- la seconda quota in a 1.000,00 Euro (mille/00 euro) entro il 30/09 c.a.;
- la quota residua a saldo pari a euro 1.089,00 (milleottantanove/00 euro) entro il 31/10;

A tal fine dichiara: Di esonerare Trasformati da ogni responsabilità per tutti i danni, fisici e/o patrimoniali, che potranno derivare al sottoscritto dallo svolgimento delle attività organizzate dall'Associazione nel caso non siano diretta conseguenza di dolo o colpa grave dell'Associazione stessa.

Firma _____, li ___/___/___

Le comunicazioni saranno inviate via e-mail. tramite sms, telefono

INFORMATIVA AI SENSI DELL'art. n. 196 del 30 giugno 2003 e s.m.i. I dati personali acquisiti saranno utilizzati, anche con l'ausilio di mezzi elettronici e/o automatizzati, esclusivamente per lo svolgimento e la gestione delle attività legate agli scopi dell'associazione. Ai sensi del d.l. n. 196 del 30 giugno 2003 e s.m.i., ha il diritto di accedere ai propri dati chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o il blocco.

Preso atto dell'informativa di cui sopra, autorizzo il trattamento e la comunicazione dei miei dati nei limiti di cui alla stessa.

Autorizzo

Firma

Allegare copia di un documento valido

Roma, Data _____