

Modulo di iscrizione

(da inviare al n. fax 06.233 233 846 o ad info@insurancelab.it)

Il/la sottoscritto/a _____

Residente in _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____

Codice Fiscale _____

Tel. Ufficio / Casa _____ Fax _____

Tel. Mobile _____ E-mail _____

Intestatario della fattura (se diverso dall'iscritto): _____

Indirizzo _____

Codice Fiscale _____ Partita IVA _____

Hai saputo del corso tramite:

- il sito www.esameperito.it social networks ricerca sul web amici/colleghi
- società di formazione associazioni professionali siti di informazione assicurativa
- altro:

Chiede di partecipare al “RIPASSO GENERALE” - 3 giorni di preparazione all'Esame CONSAP – Perito Assicurativo e di impegnarsi a versare entro 2 giorni dall'invio del presente modulo di iscrizione a mezzo bonifico la quota di partecipazione di € 390 + iva (€ 475,80).

Il corso si terrà il **19 - 20 - 21 Giugno 2015** a Milano in Via Alfonso Capecelatro, 75.

Il sottoscritto si impegna a versare entro 3 giorni dall'invio del presente modulo di iscrizione a mezzo bonifico la quota di partecipazione di € 390 + iva (€ 475,80).

Modalità di svolgimento del corso e di iscrizione

- ✓ Il modulo di iscrizione compilato e firmato deve pervenire via fax 2 giorni prima della data stabilita al numero 06.233 233 846 o, via e-mail, all'indirizzo: info@insurancelab.it
- ✓ La quota di partecipazione è di € 390 + iva (€ 475,80) e va versata 2 giorni dall'invio del presente modulo di iscrizione. Il pagamento deve essere effettuato tramite bonifico bancario a favore di:

SALVATORE INFANTINO - IBAN IT49N0308301610000000048431 - IWBANK S.p.A.
- ✓ Il numero massimo di partecipanti per sessione è di 7.
- ✓ Le eventuali disdette dovranno pervenire per iscritto via e-mail prima della data di chiusura delle iscrizioni (2 giorni prima la data di svolgimento di ogni corso).
In caso di annullamento o disdetta la quota di iscrizione sarà interamente restituita.

Consenso al trattamento dei dati personali da sottoscrivere a cura dell'iscritto

Ai sensi dell'art. 13 del D.L.gs. 196/2003, si informa il partecipante al corso che:

- a) i suoi dati personali verranno trattati anche mediante elaborazione informatica, per le finalità relative alla sua partecipazione al corso e per eventuali successive comunicazioni da parte di Insurance Lab in merito a iniziative connesse all'attività di formazione;
- b) il conferimento dei dati è facoltativo ma l'eventuale rifiuto di comunicarli comporterà l'impossibilità di organizzare la sua partecipazione al corso;
- c) i dati saranno comunicati ai soggetti incaricati della loro gestione per conseguimento delle finalità di cui al punto a) ed a quelli ai quali sia dovuto per obblighi di legge o contrattuali;
- d) egli ha diritto di chiedere in qualsiasi momento la cancellazione, trasformazione, aggiornamento, rettifica o integrazione dei dati o di opporsi al trattamento degli stessi;
- e) titolare del trattamento dei dati è Insurance Lab, Via dei Savorelli, 75 - 00165 Roma.

Data _____ Firma _____

Do il consenso al trattamento dei dati personali per fini di comunicazione di nuove iniziative in materia di formazione professionale.

Data _____ Firma _____