



---

**DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CORSO DI FORMAZIONE DEL TEATRO DELL'ORTICA  
in collaborazione con il CENTRO PHRÒNESIS**

*Scuola accreditata dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca MIUR*

---

*Si prega di scrivere in stampatello*

**Il/La Sottoscritto/a**

**Cognome** \_\_\_\_\_

**Nome** \_\_\_\_\_

**Data di nascita** \_\_\_\_\_ **Luogo di nascita** \_\_\_\_\_ **prov** \_\_\_\_\_

**Codice fiscale** \_\_\_\_\_

**Partita IVA** (ove presente) \_\_\_\_\_

**Residente a** \_\_\_\_\_ **prov** \_\_\_\_\_

**Indirizzo** \_\_\_\_\_ **N°** \_\_\_\_\_

**CAP** \_\_\_\_\_

**Tel. Abitazione** \_\_\_\_\_

**Tel. Cell** \_\_\_\_\_

**E-mail** \_\_\_\_\_

**Titolo Accademico** \_\_\_\_\_

**Studio Professione** \_\_\_\_\_

**Sede di lavoro** \_\_\_\_\_

---

**CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO/A AL**

- Master Annuale di Specializzazione*
- Master Biennale di Specializzazione*
- Perfezionamento Annuale*
- Corso di Aggiornamento*
- Corso di Formazione*

sede di \_\_\_\_\_

**ALLEGATI:**

Ricevuta di versamento quota di iscrizione \*

Fotocopia del titolo di accademico o autocertificazione ai sensi di Legge

---

**\* IL TEATRO DELL'ORTICA PRECISA CHE IN CASO DI RINUNCIA AL MASTER/CORSO LE QUOTE VERSATE NON VERRANNO RESTITuite E L'ALLIEVO/A SARÀ TENUTO/A A VERSARE ALL'ORGANIZZAZIONE LA METÀ DELLE RATE RIMANENTI AL MOMENTO DEL RITIRO.**

Data \_\_\_\_\_

Firma per esteso \_\_\_\_\_

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI**

L'interessato/a presa visione dell'informativa redatta ai sensi dell'Articolo 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196, di seguito specificata, autorizza e presta il suo consenso al trattamento dei dati personali al Teatro dell'Ortica, via S. Allende 48, 16138 Genova

Data \_\_\_\_\_

Firma per esteso \_\_\_\_\_

---