



**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 _____
