



DOTTOR NASO ROSSO



SCHEDA D'ISCRIZIONE CORSI 2016-2017 PER CLOWN-DOTTORI

NOME: _____

COGNOME: _____

INDIRIZZO: _____

PROFESSIONE: _____

TELEFONO: _____

MAIL: _____

COD. FISCALE: _____

ISCRIZIONE AL:

CORSO BASE PER CLOWN DOTTORI (€ 50,00 quota intera)

AUTORIZZAZIONE/CONSENSO AL TRATTAMENTO EX ART. 23 D. LGS. 196/03

Il/la sottoscritto/a nella qualità di interessato ai sensi dell'art. 4, comma 1, lett. i), D. Lgs 196/03
PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA RILASCIATA AI SENSI DELL'ART. 13 D. LGS. 196/03
AUTORIZZA/DA IL CONSENSO al trattamento dei dati personali, da svolgersi in conformità a quanto
indicato nella suddetta informativa e nel rispetto delle disposizioni del D. Lgs. 196/03.

L'INTERESSATO

PAGAMENTO: _____

ARCHÉ Cooperativa Sociale - o.n.l.u.s.

Via Accademia, 11 - 46042 - CASTEL GOFFREDO (MN)

Tel. 0376 781391 - Fax 0376 781921

Codice Fiscale e Partita IVA 01896190202

e-mail: info@cooparche.it - <http://www.cooparche.it>

