

## Richiesta di iscrizione individuale

### Dati Personali:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Posizione lavorativa ricoperta \_\_\_\_\_

Il sottoscritto chiede di essere iscritto al corso di formazione (Cod. \_\_\_\_\_) e dichiara di accettare le condizioni di svolgimento.

Tutte le comunicazioni avverranno per via telematica all'indirizzo di posta elettronica sopraindicato.

Firma \_\_\_\_\_

Inviando il seguente modulo il richiedente autorizza "L'Accademia del Cerimoniale – Protocol Academy" al trattamento dei dati personali in base al Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Firma \_\_\_\_\_

Data