



Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Telefono _____ Cell. _____

E-mail _____

Codice Fiscale / Partita IVA _____

CHIEDE L'ISCRIZIONE AL CORSO/MASTER _____

che si terrà a _____ in data _____

Dichiara di aver effettuato il versamento di € _____ in data _____

tramite :

- Contanti
- Vaglia
- Assegno "non trasferibile" intestato ad "Accademia del Fitness"
- Bonifico Bancario

Data _____ Firma _____

Dichiaro di essere a conoscenza della legge del 31-12-96 n. 675 e che:

- I dati personali in possesso dell'Accademia del Fitness sono stati raccolti direttamente all'atto di iscrizione e sono trattati nell'ambito della normale attività della associazione stessa.
- In relazione alle indicate finalità il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali ed informatici con logiche strettamente correlate alle finalità stesse e in ogni modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

Esprimo inoltre il consenso a che i dati siano comunicati e trattati da società che provvedono a servizi di imbustamento e spedizione.

Allo scopo dichiaro di essere di buona condotta civile e morale, di essere in grado di concorrere alla realizzazione degli scopi sociali e di non avere interessi in contrasto con questi.

Data _____ Firma _____