

### DOMANDA DI ISCRIZIONE

(compilare in stampatello ed inviare via email: [segreteria@hcinstitute.eu](mailto:segreteria@hcinstitute.eu)  
oppure consegnare presso la nostra segreteria)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente in Via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di essere iscritto al “**CORSO ABILITANTE ALLA PROFESSIONE DI AMMINISTRATORE DI CONDOMINIO**” organizzato da Health Collection Institute che si svolgerà secondo le modalità indicate nella scheda.

#### Allegare alla presente:

- copia del diploma di scuola media superiore (in alternativa compilare l'autocertificazione – allegato 1)
- certificato penale nullo (il possesso di tali requisiti potrà essere attestato, in maniera veloce, mediante l'autocertificazione dei dati personali da riportare su apposito modulo)
- copia di un documento d'identità e del codice fiscale

La quota di iscrizione è pari a € 250,00 oltre iva (€ 305,00).

Ottenuta l'accettazione della richiesta e al fine di confermare la medesima, il candidato dovrà versare all'atto d'iscrizione l'importo completo.

Il saldo andrà effettuato entro l'inizio della prima lezione.

Per espressa accettazione delle condizioni che precedono:

Trani, lì \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
[Firma del candidato]

## **MODALITA' DI PAGAMENTO**

1. Contanti
2. Carta di credito e Bancomat
3. Bonifico intestato a Health Collection Srl

Corso Regina Elena, 75 – 76125 Trani (BT)

Banca Intesa San Paolo

IBAN IT71 X030 6941 7251 0000 0008849

CAUSALE: iscrizione corso Amministratore condominiale

Il pagamento deve essere contestuale alla presentazione della domanda.

Per le iscrizioni effettuate tramite posta elettronica, è necessario inviare, oltre alla scansione del modulo compilato, anche la contabile del bonifico effettuato come attestazione dell'avvenuto pagamento.

### **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI**

Il sottoscritto esprime il consenso affinché i propri dati personali possano essere trattati nel rispetto del Regolamento UE 679/2016. La informiamo che i dati personali da Lei conferiti attraverso la compilazione della modulistica saranno trattati da Health Collection s.r.l. per consentire l'accesso ai suoi servizi, nonché per la gestione e l'amministrazione del rapporto associativo e per l'erogazione dei servizi associativi.

#### **Titolare del trattamento**

Il Titolare del trattamento dei dati raccolti è Health Collection s.r.l. – Via Firenze, 13D, Trani – Tel. 0883.1926615.

#### **Base giuridica e tempi di conservazione**

La base legale del trattamento dei dati personali per le finalità sopra indicate è l'erogazione di un servizio o il riscontro a una richiesta che non richiedono il consenso ai sensi della normativa applicabile. Il conferimento dei dati è facoltativo, ma la sua mancanza può comportare per Health Collection s.r.l. l'impossibilità di erogare i servizi richiesti.

I dati saranno conservati per tutta la durata del rapporto associativo e per un periodo di 10 anni a decorrere dalla sua cessazione, salvo diverse esigenze connesse all'adempimento di obblighi normativi.

#### **Ambito di comunicazione dei dati e trasferimento**

Tutte le informazioni saranno gestite da dipendenti e collaboratori di Health Collection s.r.l. che operano in qualità di Responsabili del trattamento.

#### **Diritti degli interessati**

La normativa sulla privacy (art. 7-10 del Codice privacy e art. 12-22 del Regolamento UE 679/2016) Le garantisce il diritto di essere informato sui trattamenti dei dati che La riguardano, e il diritto di accedere in ogni momento ai dati stessi e di richiederne l'aggiornamento, l'integrazione e la rettifica. Ove ricorrano le condizioni previste dalla normativa, l'interessato può inoltre vantare il diritto alla cancellazione dei dati, alla limitazione del loro trattamento, alla portabilità dei dati, all'opposizione al trattamento, a non essere sottoposto a decisioni basate unicamente sul trattamento automatizzato.

Qualora il trattamento dei dati personali sia fondato sul consenso dell'interessato, questi ha diritto a revocare il consenso prestato.

Per l'esercizio dei Suoi diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali sono comunicati i dati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, potrà rivolgersi a Health Collection s.r.l. al seguente indirizzo: Via Firenze, 13D, Trani o inviando una email all'indirizzo [segreteria@hcinstitute.eu](mailto:segreteria@hcinstitute.eu). Per consentire la corretta gestione della richiesta, è opportuno includere: a) i propri dati personali: nome, indirizzo, e-mail, ecc.; b) i dettagli della richiesta: nuovo indirizzo e-mail, modifica dei dati, ecc

Ai sensi della Normativa Applicabile, lei ha in ogni caso il diritto di proporre reclamo all'autorità di controllo competente (Garante per la Protezione dei Dati Personali) qualora ritenesse che il trattamento dei suoi Dati Personali sia contrario alla normativa vigente.

#### **Modifiche**

Health Collection s.r.l. a si riserva di modificarne o semplicemente aggiornarne il contenuto, in parte o completamente, anche a causa di variazioni della Normativa Applicabile. Health Collection s.r.l. la informerà di tali variazioni non appena verranno introdotte e saranno vincolanti non appena pubblicate sul Sito istituzionale nella sezione dedicata.

Nel ringraziarla per l'attenzione che ci ha voluto prestare, Le ricordiamo di essere sempre disponibili per i suoi bisogni e Le inviamo cordiali saluti.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**HEALTH COLLECTION S.R.L.**

VIA FIRENZE,13 D - 76125 TRANI BT

0883.1926615

[segreteria@hcinstitute.eu](mailto:segreteria@hcinstitute.eu)

[www.hcinstitute.eu](http://www.hcinstitute.eu)

Allegato 1

**AUTOCERTIFICAZIONE TITOLO DI STUDIO**  
(ai sensi dell'art. 46, D.P.R 445 del 28 dicembre 2009)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente in Via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali applicabili in caso di dichiarazioni mendaci e non veritiere che sono previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R 28/12/2000 n. 445 e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, dotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA**

di essere in possesso del seguente titolo di studio \_\_\_\_\_

conseguito in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

*Luogo e data*

\_\_\_\_\_

*Firma*

\_\_\_\_\_

La presente dichiarazione è esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 445/2000