

Allegato 2

MODULO DI ISCRIZIONE AL CORSO PER LA **CERTIFICAZIONE EIPASS 7 MODULI USER**

(compilare in stampatello ed inviare via email a segreteria@hcinstitute.eu
oppure consegnare presso la nostra segreteria)

Dati personali

Nome _____ Cognome _____
Luogo di nascita _____ data di nascita _____
Codice Fiscale _____ Cell. _____
E-mail _____
Città di residenza _____ Prov. _____ CAP _____
Indirizzo _____ N _____
Titolo di studio _____
Occupazione _____

Dati di fatturazione

Ragione Sociale _____
P.IVA _____ Codice Univoco _____

La quota di partecipazione al Corso è di € **220,00**, da versare in un'unica soluzione al momento dell'iscrizione.

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Trattamento dei dati personali. I dati forniti saranno trattati da HEALTH COLLECTION S.R.L. nel pieno rispetto delle norme di legge, così come previsto dalla propria privacy descritta nella pagina web http://www.hcinstitute.eu/wp-content/uploads/2019/03/MP_GDPR_informativa_clienti_per-Obbligo-di-legge.pdf. Per l'esecuzione del presente contratto, HEALTH COLLECTION S.R.L. comunicherà i dati a EIPASS, ente erogatore del servizio, che tratterà i dati secondo la policy descritta nella pagina web http://www.hcinstitute.eu/wp-content/uploads/2019/03/MP_GDPR_informativa_clienti_per-Obbligo-di-legge.pdf.

Ho letto e accetto la policy sulla privacy e le condizioni indicate nel Bando.

Trani, lì _____

[Firma del candidato]