

## **Allegato 3**

### **MODULO DI ISCRIZIONE AL CORSO INTENSIVO PER L'ESAME DI AVVOCATO**

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

#### **Dati personali**

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

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

#### Residenza

Via \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

La quota di iscrizione è pari a **Euro 500,00 (+ iva 22%)**, rateizzabile in due rate.

#### **TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

I dati forniti saranno oggetto di trattamento a mezzo di sistemi informatici, nonché manuali, nel pieno rispetto delle norme di legge a tutela delle persone e di altri soggetti, in ottemperanza al Regolamento (UE) 2016/679. L'utilizzo di tali dati sarà esclusivamente di uso interno. È facoltà del Corsista richiederne la rettifica e la cancellazione in qualsiasi momento, scrivendo a Health Collection s.r.l.. Titolare delle informazioni fornite è Health Collection s.r.l..

Trani, li \_\_\_\_\_

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

In relazione al Regolamento (UE) 2016/679 esprimo il mio consenso rispetto al trattamento dei dati personali, i quali saranno utilizzati per l'integrale esecuzione del presente modulo.

Il candidato

\_\_\_\_\_