



## Accademia e Laboratorio di Fotografia Artistica

Il sottoscritto sig./sig.ra:

Nato/a a:

Il:        /        /

Residente a :

Provincia (        )

indirizzo:

CAP:

cod.fiscale:

professione:

recapito telefonico: (+39) \_\_\_ / \_\_\_\_\_

email:

CHIEDE

di essere iscritto al corso / ai corsi:

di A.L.F.A. Parma, Strada al Collegio dei Nobili 3/a - 43121 Parma, contestualmente si impegna ad effettuare il versamento della quota di rimborso del corso/i, con bonifico su c/c bancario intestato ad **A.L.F.A. Parma**:

**IBAN IT 18 V062 3066 4200 0004 0212312**

con in causale il corso/corsi scelti.

Luogo

data:    /        /

Firma

Ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs n. 196/2003, presa visione dell'informativa di cui all'art. 13 del suddetto D.Lgs n. 196/2003, il firmatario della presente esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, secondo le finalità e le modalità indicate nell'informativa sopra richiamata con particolare riferimento all'ambito di comunicazione e diffusione dei dati, comunque strettamente connesse e strumentali alla gestione corso.