



MOD 07030605 REV 03-2023

DOMANDA ISCRIZIONE CORSI BREVI

PAG 1 DI 2

## **DOMANDA DI ISCRIZIONE EXTENSION CIGLIA**

### **DATA CORSO: 12 e 19 MARZO 2025**

Spett.le  
ENDOFAP MESTRE Istituto Berna  
Via Bissuola, 93  
30173 Venezia-Mestre

Il/la

Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente in Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

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

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

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

Come è giunto a conoscenza del corso? \_\_\_\_\_

Qual è il motivo principale che l'ha spinto a richiedere la partecipazione al corso? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **CHIEDE di essere ammesso/a al corso**

Titolo corso: **CORSO EXTENSION CIGLIA**

\_\_\_\_\_

**Dichiara di essere consapevole delle disposizioni e delle condizioni per l'ammissione e la frequenza del corso.**

MOD 07030605 REV 03-2023

DOMANDA ISCRIZIONE CORSI BREVI

PAG 2 DI 2

**- Quota di partecipazione al corso: € 130,00 iva inclusa**

**Ogni partecipante dovrà versare l'importo dovuto all'atto dell'iscrizione:**

- **assegno bancario non trasferibile o assegno circolare intestato a ENDO-FAP MESTRE ISTITUTO BERNA**
- **bonifico bancario: IBAN IT62F0335901600100000141030 intestato a ENDO-FAP MESTRE ISTITUTO BERNA indicando come causale: nome partecipante e titolo corso**

Endo-Fap Mestre Istituto Berna si riserva la facoltà di rinviare o annullare il corso programmato dandone comunicazione telefonica ai partecipanti. In tal caso la quota di partecipazione versata verrà interamente restituita o trasferita, su richiesta del partecipante, ad altre iniziative.

Venezia-Mestre, lì \_\_\_\_\_

Firma per accettazione ed approvazione di quanto suesposto

\_\_\_\_\_

**firma di un genitore, se minorenne**

\_\_\_\_\_

**firma del richiedente**