

Modulo di Iscrizione e Partecipazione

Il/la sottoscritto/a					
		COGNOME		NOME	
Nato/a a					
		CITTA'		PROV.	
il					
DATA DI NASCITA		SESSO M/F		CODICE	
residente a					
		CITTA'		INDIRIZZO	
		PROV		CAP	
CELLULARE *obbligatorio		TELEFONO		FAX	
				E-MAIL *obbligatoria	
<small>(recapito al quale il corsista desidera vengano inviate le comunicazioni, da compilare solo se diverso da sopra)</small>					
CITTA'		PROV.		INDIRIZZO	

Chiede di partecipare al Corso di Formazione "ABA- Applied Behavior Analysis" – Euro 400,00*

* Per tutti coloro che negli ultimi 5 anni hanno frequentato un corso erogato dall'Associazione Mnemosine è previsto uno sconto di 50 €.

Scelta della sede per le lezioni in presenza:

- Milano Palermo Roma

Allega

- Copia di un valido documento di riconoscimento;
- Ricevuta del versamento.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

ai sensi del D.P.R. 445, 28 dicembre 2000 ed eventuali successive modificazioni ed integrazioni, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi (a norma dell'art. 76 del D.P.R. richiamato, il quale prevede in tali casi ulteriormente la decadenza dei benefici conseguiti):

- a) che le generalità indicate, i dati forniti, la documentazione allegata e la firma sono autentiche;
- b) che ai sensi della Legge 196/03, autorizza l'amministrazione dei Corsi ad utilizzare i dati personali dichiarati solo per fini istituzionali e necessari per l'espletamento delle procedure di cui alla presente domanda;
- c) che è consapevole che la sede scelta per le lezioni in presenza sarà attivata al raggiungimento di almeno n.30 iscritti;
- d) che è consapevole che qualora il numero degli iscritti dovesse essere inferiore a 30 per la sede scelta, l'Associazione si riserva di sostituire le lezioni in presenza con delle videolezioni.
- e) che è disponibile a raggiungere eventuale altra sede attivata (per le lezioni in presenza) in caso di non attivazione di quella richiesta;
- f) Docente che ha concluso regolarmente un qualsiasi Corso Universitario proposto dall'Ass. Mnemosine nell'A.A. ____/____ (indicare l'A.A. solo se usufruisce dello sconto di Euro 50,00).

LUOGO E DATA

FIRMA

Accetta le seguenti condizioni

- che in caso di eventuale rinuncia del richiedente la somma versata non verrà restituita;
- che la Certificazione di partecipazione verrà rilasciata al termine del percorso;
- che il presente modulo va inviato solo ed esclusivamente presso una delle sedi regionali dell'Associazione Mnemosine:
 - **Roma:** Ass. Mnemosine, Via Properzio n. 6 - 00193 - Tel. 0670495308 - Fax 0677456950;
 - **Padova:** Ass. Mnemosine, Via A. Costa n. 19 - 35124 - Tel. 049680148 - Fax 0498675003;
 - **Milano:** Ass. Mnemosine, Piazza Firenze, 14 - 20154 - Tel. 0234593068 - Fax 0234532652
 - **Bologna:** Ass. Mnemosine, Viale della Repubblica 3a - 40127 - Tel. 0516335062 - Fax 0516336563;
 - **Firenze:** Ass. Mnemosine, Piazza Balducci n. 2Red -50129 Firenze - Tel. 055485899 - Fax 0554626203;
 - **S. Margherita di B. (AG):** Ass. Mnemosine, Largo Monfalcone n.15 - 92018 - Tel.: 0925 33231 - Fax: +39 092532708.

LUOGO E DATA

FIRMA
