



## Domanda di iscrizione Corso o Evento

Io sottoscritto/a ..... nato/a il .....  
a .....residente a .....  
Provincia di ..... via ..... CAP .....  
tel..... cell.....  
E-mail .....Codice Fiscale.....  
iscritto/a ASPIN con codice. n ..... assegnato in data .....

chiede di poter iscrivere il corso di Formazione Professionale ai fini della concessione ECP

**TITOLO:**.....

**SEDE DEL CORSO** (nome della Scuola o dell'Associazione o Ente presso cui si svolge e indirizzo):

.....  
.....

**DOCENTI:**.....

.....

A tal fine dichiara che le caratteristiche del corso sono:

### 1. Struttura del corso:

numero di ore complessivo.....

di cui Teoriche..... Laboratori..... Supervisioni.....

### 2. Titolo di studio, o particolari competenze richieste per l'ingresso al corso

.....  
.....

**Il modulo, firmato, va inviato a [aspin@erbasacra.com](mailto:aspin@erbasacra.com) con allegati:**

- Elenco e curriculum dei docenti
- Progetto Formativo completo e dettagliato
- Ricevuta del versamento della quota di iscrizione (20 euro per corsi con n° ore complessive inferiori o uguale a 16; 40 euro per corsi con numero di ore complessive superiori a 16)

Data .....

Firma .....

Ai fini di quanto previsto dalla disciplina in materia di trattamento di dati personali, l'interessato dichiara di aver ricevuto dal Centro Ricerca Erba Sacra l'informativa di cui all'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679.

Firma per consenso .....