



SCHEDA DI ISCRIZIONE AL CORSO IN
"RISK ASSESSMENT DELLA SOCIALE PERICOLOSITÀ PSICHIATRICA"

La presente richiesta di iscrizione deve essere compilata in ogni sua parte e inviata a formazione@metropolisconsorzio.it correlata da ricevuta di pagamento, CV ed eventuale tesserino di iscrizione all'Albo professionale di riferimento.

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ il _____

e residente a _____ CAP _____ in via _____

Cod. Fisc. _____ Professione _____

P.IVA _____

Tel _____

Cell _____

e-mail _____

CHIEDE

di essere iscritto/a al corso, organizzato dal Consorzio Metropolis, "RISK ASSESSMENT DELLA SOCIALE PERICOLOSITÀ PSICHIATRICA"

- ☐ intero evento
- ☐ 2 giornate formative
- ☐ 4 giornate formative

Si impegna altresì, a provvedere al pagamento della quota di iscrizione, pari ad € 380,00 (trecentottanta/00) secondo le modalità indicate nelle "Condizioni" e facendo pervenire copia dell'attestato di pagamento alla segreteria organizzativa.

Data _____ Firma _____

Ai sensi del D.Lgs. 196/03, autorizza Il Consorzio Metropolis al trattamento dei propri dati personali per gli adempimenti necessari in relazione al corso e per l'invio di materiale informativo relativo a iniziative di formazione e/o pubblicizzazione dell'Istituto stesso.

Data _____ Firma _____



METROPOLIS
Consorzio Coop. Soc. a r.l.
ONLUS D.Lgs n. 460/97
P. IVA 05457290723

Sede legale:
Viale Pio XI n. 48/41-42
70056 MOLFETTA (BA)
www.metropolisconsorzio.it
info@metropolisconsorzio.it

Amministrazione – Direzione.
Via Alba n. 2/8 Pal Garofano
70056 Molfetta (BA)
Tel +39 080 3355408
Fax +39 080 3342196



CONDIZIONI

1) L'iscrizione al corso è formalizzata mediante la compilazione e accettazione della presente scheda, e si perfeziona con il pagamento della quota di iscrizione.

2) La sede di svolgimento del corso è: Fabbrica di San Domenico - Sala B. Finocchiaro, Via San Domenico, Molfetta.

3) La quota di partecipazione all'intero percorso formativo è di € 380,00 .

La quota comprende:

- consegna di materiale didattico;
- Coffe break;
- rilascio di attestato di partecipazione.

Il pagamento dovrà essere effettuato mezzo bonifico intestato a Consorzio Metropolis

IBAN IT 85 N 01030 41562 000002017315

Banca Monte dei Paschi di Siena

causale "corso RA2017".

6) È possibile rinunciare all'iscrizione non oltre 7 giorni dalla data di inizio del corso comunicando la decisione tramite e-mail (formazione@metropolisconsorzio.it); in tal caso verrà restituito il 50% della quota versata.

7) Il Consorzio Metropolis si riserva la facoltà, per eventuali esigenze organizzative, di modificare il programma del corso e sostituire i docenti con esperti di pari livello professionale.

Per accettazione

Data _____

Firma _____



METROPOLIS
Consorzio Coop. Soc. a r.l.
ONLUS D.Lgs n. 460/97
P. IVA 05457290723

Sede legale:
Viale Pio XI n. 48/41-42
70056 MOLFETTA (BA)
www.metropolisconsorzio.it
info@metropolisconsorzio.it

Amministrazione – Direzione.
Via Alba n. 2/8 Pal Garofano
70056 Molfetta (BA)
Tel +39 080 3355408
Fax +39 080 3342196