



Domanda d'iscrizione Master per Revisore Condominiale

Dati del richiedente

Nome e Cognome	Nato/a il	a
Indirizzo	CAP	Città Prov.
Telefono fisso	Cellulare	
Codice Fiscale	Partita iva	
Email	Recapito Ufficio	

Conformemente alla legge 196/2003 a tutela della privacy, ARAI La informa che i dati forniti nel presente modulo potranno essere utilizzati ai fini dell'invio di materiale informativo e promozionale.

	Quota iscrizione	Euro 490 + iva (€ 597,80)
	Quota iscrizione Associati ARAI	Euro 440 + iva (€ 536,80)
	Quota iscrizione Arecond	Omaggio

Modalità di pagamento

L'accettazione dell'iscrizione è subordinata all'avvenuto pagamento dell'importo del corso. Indicare la modalità di pagamento prescelta.

- Assegno Bancario intestato a ADR MEDIA**
 Contanti
 Bonifico - Iban : IT85 R030 3204 6540 1000 0090 305

Condizioni Generali

- 1) *L'importo totale, riportato nell'atto, indica il corrispettivo che il Committente si impegna a pagare prima dell'inizio del Master.*
- 2) *L'annullamento dell'iscrizione deve pervenire per iscritto o via fax almeno 3 giorni prima dell'inizio del corso.*
- 3) *Non si incorre in nessuna penale se la disdetta viene notificata a mezzo raccomandata 3 giorni prima dell'inizio del corso.*
- 4) *L'eventuale disdetta nei 3 giorni che precedono l'inizio del Corso, la mancata frequenza o utilizzo dell'assistenza didattica, assenze o ritiro dal corso per qualsiasi motivo, non liberano il Committente dal pagamento dell'intero importo del Corso.*
- 4) *Per qualsiasi contestazione, dipendente dal presente contratto, la competenza sarà in via esclusiva del Foro di Palermo.*

N.B. Con la sottoscrizione del presente atto, il Committente accetta, senza alcuna riserva, le condizioni generali sopra indicate, in particolare, quelle indicate ai punti 1, 2, 3, 4.

....., li _____

Firma del Richiedente _____

Si alleggeranno:

Fotocopia documento e cod. fiscale - Fot. Titolo di studio

ADR MEDIA FORMAZIONE - Piazza Vitt. Em. Orlando 27 - 90138 Palermo - tel. 091/8430073

Autocertificazione

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ residente in _____ Prov. (_____)
via _____ n° _____

DICHIARA

- di avere il seguente titolo di studi: _____

conseguito presso : _____

- di non avere procedimenti penali in corso né carichi pendenti

- di svolgere professionalmente l'attività di _____

Data, _____

FIRMA
