

Domanda d'iscrizione alla Health Science University Scuola Superiore di Igiene e Scienza della Salute Naturale  
compilare in stampatello e inviare via e-mail: [aghape@aghape.it](mailto:aghape@aghape.it)

Nome ----- Cognome -----

Via ----- n° -----

CAP ----- Città ----- Provincia -----

Tel. ----- Cellulare -----

e-mail -----

Nato/a a ----- il -----

Titolo di Studio -----

Attività svolta -----

Codice Fiscale -----

P.IVA -----

Ricevuta intestata a -----

**Modalità di Pagamento** (barrare la casella relativa all'opzione scelta)

- tessera associativa socio collaboratore euro 50  
 unica rata ( 1.300 euro)       sei rate ( 220 cad.)

**Modalità di Frequentazione**

- presenziale     on line       video lezione     modello misto

**Richiesta supplementare delle video lezioni**

- chiedo tutte le registrazioni delle lezioni aggiungendo alla quota della scuola un supplemento di euro 100

Ai sensi del Regolamento EU 2016/679 in materia di protezione dei dati personali Aghape provvederà al trattamento dei dati da Lei forniti esclusivamente per gli adempimenti dell'iniziativa in oggetto.

In caso di rinuncia notificata 7 giorni prima dell'inizio del corso la quota versata non è più rimborsabile.

Data ----- Firma -----