

**Modulo di Iscrizione ADR MED
Modulo di Iscrizione al CORSO DI AGGIORNAMENTO BIENNALE per MEDIATORI PROFESSIONISTI
Autocertificazione e dichiarazione sostitutiva (art.46 DPR 445/2000)**

Il sottoscritto _____

Data e Luogo Nascita _____

Residente in _____

via _____

Codice fiscale _____

e-mail _____

Telefono _____

Telefono mobile _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 46 del DPR 445/2000,

dichiara di possedere il

titolo di studio _____

Conseguito il _____

presso _____

dichiara di essere iscritto

Albo appartenenza _____

Nr.iscriz. _____

Si allega copia del documento di riconoscimento.

FIRMA

Il sottoscritto comunica di essere iscritto

all'associazione/ente/organismo _____

Nr.iscriz. _____

Il sottoscritto chiede all'Associazione ADR MED di essere ammesso a partecipare al Corso di aggiornamento biennale per Mediatori Professionisti.

Il sottoscritto inoltre autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

FIRMA
_____**DATI FISCALI**

Ragione Sociale _____

Indirizzo _____

Località _____

Partita Iva _____

Codice univoco o PEC _____

Clausole contrattuali

1. Con la consegna o l'invio del presente modulo, debitamente compilato in ogni sua parte e sottoscritto negli appositi spazi contrassegnati dalla dicitura "FIRMA CONTRAENTE", il partecipante chiede di essere iscritto al corso di aggiornamento per Mediatori Professionisti.
2. Per perfezionare l'iscrizione, il partecipante dovrà inviare tramite mail all'indirizzo adrmadsrl@gmail.com il presente modulo compilato in ogni sua parte e con gli allegati richiesti, in uno alla ricevuta di versamento o bonifico bancario della quota pari a € **80,00** (dico ottanta/00). L'iscrizione al corso si intenderà perfezionata all'atto del ricevimento e relativa sottoscrizione per accettazione da parte di ADR MED del presente modulo, oltre al ricevimento della fotocopia del documento di identità, dell'attestazione di pagamento e dell'autocertificazione, resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445, comprovante il titolo di studio posseduto.
3. L'iscritto può recedere in qualunque momento antecedente l'avvio del corso. Il recesso, se comunicato entro i 7 (sette) giorni dalla stipula del contratto, sempreché il corso non abbia avuto inizio, dà diritto alla restituzione dell'intera cifra versata con una trattenuta di € 20,00 (dico euro venti/00) per spese di segreteria. Il recesso, se comunicato a mezzo fax almeno 7 (sette) giorni solari precedenti la data di avvio del corso, dà diritto a ADR MED di trattenere l'anticipo già versato che potrà essere imputato a titolo di pagamento quota per il primo corso successivo organizzato.
4. ADR MED, qualora ne ricorrano i presupposti organizzativi, potrà differire nel tempo o annullare il corso; in tali ipotesi dovrà informare i partecipanti a mezzo posta, fax o posta elettronica certificata, entro giorni cinque prima della data fissata per l'inizio del corso e dovrà restituire ogni importo percepito a titolo di anticipo.

Modalità di pagamento

- Presso la segreteria di ADR MED
- Assegno NON TRASFERIBILE intestato a: Associazione ADR MED via V. Laspro, 23 - 84126 Salerno
- Bonifico bancario: IT95K0503015200000010052074
- Contanti

Salerno, _____

Firma Presidente ADR MED
per accettazione

Firma del contraente
per accettazione clausole