

**Scuola ALMA- Corsi di Formazione
Modulo Iscrizione agli Esami Conclusivi
Accreditato Regione Lombardia
Accreditato FISA
Accreditato ICMART**

Io SOTTOSCRITTO/A DOTT..... valendomi della facoltà stabilita dall'Art. 2 della legge n. 15 del 04/01/1968 e consapevole delle pene stabilite dalla Legge in caso di false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la mia responsabilità

DICHIARO

**di essere nato aProv.....Il..... di risiedere a.....
Prov.....C.A.P.....in Via/P.zza.....n°.....Tel. lav.....
cell.....email.....Cod.Fisc.....
P.IVA.....Cod.univoco/PEC..... di essermi laureato/a in
Medicina e Chirurgia presso l'Università di..... nell'anno.....di essere iscritto/a presso
l'Ordine dei Medici di.....al n°.....di aver positivamente frequentato il**

- **Corso triennale ALMA FISA di formazione in Agopuntura**

Inoltre, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 “Regolamento Generale sulla protezione dei dati” e relative disposizioni attuative, dichiaro di aver preso atto dell’informativa visibile sul sito www.agopuntura-alma.it, di acconsentire all’utilizzo dei dati per le finalità indicate nell’informativa stessa e con riferimento all’utilizzo di immagini che potranno essere diffuse per la promozione dell’Associazione stessa sui mezzi di comunicazione e diffusione attualmente in uso, anche a scopo di aggiornamento del sito internet: ☐ ESPRIMO IL CONSENSO ☐ NEGO IL CONSENSO con riferimento alle attività di marketing che potranno essere fatte per le finalità di promozione delle iniziative di formazione organizzate dall’Associazione ☐ ESPRIMO IL CONSENSO ☐ NEGO IL CONSENSO

Il Dichiarante:..... in possesso dei requisiti richiesti, con la presente

DOMANDO

Con la presente di essere iscritto a sostenere nell'aa l'esame conclusivo del

- **Corso ALMA di formazione in Agopuntura riconosciuto da Regione Lombardia e accreditato FISA e ICMART**
- **Retta in unica rata: Euro 330,00.- (Trecentotrenta/00), all'Iscrizione all'Esame in oggetto.**

Allego copia della ricevuta del mio bonifico bancario, indicante i miei dati personali e la data e la causale del versamento: Iscrizione ESAME Finale del Corso Triennale ALMA di Formazione in Agopuntura e Medicina Cinese, specificando la causale del bonifico:

**.....
Coordinate Bancarie ALMA: Inviare bonifico bancario a CARIPARMA, CREDIT AGRICOLE. Agenzia 31.
Intestazione Conto Corrente: ALMA - Associazione Lombarda Medici Agopuntori. Conto Corrente N: 636102/80.
Coord. Bancarie : ABI 06230 CAB 09486 IBAN IT10U0623009486000063610280**

data....../....../..... Il Richiedente.....

Compilare e spedire a segreteriaalmagom@gmail.com