

	<p align="center"><b>Scuola Italiana di Ipovisione</b>          Tel. +39 0557477292 cell. +39 333 5852 431          Email: <a href="mailto:segreteria@scuolaitalianaipovisione.it">segreteria@scuolaitalianaipovisione.it</a></p>	<p align="center">Codice Corso:  <b>Ipo 2023/'24</b></p>
---	---	--

In collaborazione con la scuola **Ottica** di Modena

**SCHEDA ISCRIZIONE**

**GESTIONE TEORICO/PRATICA DEL PAZIENTE IPOVEDENTE**

**Sede del corso:** Centro Servizi Montedomini, Via Faenza 48 Firenze

**DURATA:** 3 incontri di due giornate (domenica e lunedì)

**DATE INCONTRI:** **29-30 Ottobre 2023; 7-8 Gennaio; 25-26 Febbraio 2024**

Io sottoscritto/a .....

nato/a il ..... a ..... (Prov. ....) Stato.....

cittadinanza: Italiana  Comunitaria  Non UE  Sesso:  M  F

codice fiscale .....

residente in via/piazza .....

comune ..... (Prov. ....) C.A.P.....

telefono ..... e-mail .....

*(se la residenza è diversa dal domicilio)*

via/piazza .....

comune ..... (Prov. ....) C.A.P.....

TITOLO DI STUDIO: .....

POSIZIONE OCCUPAZIONALE: .....

*dichiarazione rilasciata sotto la propria responsabilità ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000.*

CHIEDO DI ISCRIVERMI AL CORSO E ALLEGO:

- Copia dell'attestazione del versamento della prima rata della quota di iscrizione
- Copia della carta di identità e del codice fiscale
- Copia del titolo di studio o autocertificazione

**QUOTA DI ISCRIZIONE**

1.050 € + iva 22% (1.281€)

L'importo può essere versato in 3 rate:

iscrizione al corso 481 €

400,00 € entro il 28 dicembre 2023

400,00 € entro il 10 Febbraio 2024

VERSAMENTO A: "SII" BANCA DI CREDITO COOPERATIVO DI CAMBIANO Filiale Ag. Di VINCI

IBAN: I T 2 3 W 0 8 4 2 5 3 8 1 7 0 0 0 0 3 0 9 4 9 6 6 3

SPECIFICARE NELLA DESCRIZIONE DEL BONIFICO NOME, COGNOME E CODICE DEL CORSO (Ipo 2023/'24) E INVIARE PER EMAIL copia della ricevuta di pagamento assieme al modulo di iscrizione.

*I pranzi delle giornate del corso sono compresi nel prezzo*

IL corso è a numero chiuso e l'ordine di priorità e la data di iscrizione; la sua attivazione è subordinata ad un numero minimo di partecipanti. Si declina ogni responsabilità se il corso dovesse essere spostato o annullato, salvo il rimborso dell'iscrizione versata all'associazione SII

Data ..... Per ricezione e presa visione, l'Interessato/a .....

**Per coloro che sono iscritti all'associazione P.R.I.S.M.A. verrà applicato lo sconto del 8%**

	<p align="center"><b>Scuola Italiana di Ipovisione</b>          Tel. +39 0557477292 cell. +39 333 5852 431          Email: <a href="mailto:segreteria@scuolaitalianaipovisione.it">segreteria@scuolaitalianaipovisione.it</a></p>	<p align="center">Codice Corso:  <b>Ipo 2023/'24</b></p>
---	---	--

**Dati per la Fatturazione:**

Spett. ....  
 via/piazza ..... comune ..... (Prov..... )  
 C.A.P..... codice fiscale ..... P.Iva.....  
 Codice destinatario ..... indirizzo PEC .....

**Consenso dell'interessato al trattamento delle immagini personali**

Durante l'anno aggiorniamo il nostro archivio di immagini fotografando le attività in classe, Vi chiediamo cortesemente di firmare per autorizzarci ad utilizzare la vs immagine sul nostro sito web, articoli, o altro materiale informativo.

Data ..... Per ricezione e presa visione, l'Interessato .....

**Informativa agli interessati ex art. 13 Regolamento UE n. 679/2016 "Regolamento Generale sulla protezione dei dati"**

Ai sensi dell'articolo 13 del Reg. UE/679/2016 La informiamo che i suoi dati personali, che raccogliamo per le finalità previste dalla L.R. 32 del 26 luglio 2002 e sue successive modificazioni e dai Regolamenti Comunitari del Fondo Sociale Europeo, saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente.

A tal fine le facciamo presente che:

1. La Scuola Italiana di Ipovisione è il titolare del trattamento dei dati (segreteria@scuolaitalianaipovisione.it)
2. Il conferimento dei Suoi dati, che saranno trattati dal personale autorizzato con modalità anche informatizzata, è obbligatorio e il loro mancato conferimento preclude la partecipazione alle attività.  
I dati raccolti non saranno oggetto di comunicazione a terzi, se non per obbligo di legge e non saranno oggetto di diffusione.
3. I Suoi dati saranno conservati presso gli uffici della Scuola Italiana di Ipovisione per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, saranno poi conservati agli atti dell'Archivio dell'Ente per il periodo di legge previsto per questa tipologia di documenti come previsto dalla normativa vigente.
4. Lei ha il diritto di accedere ai dati personali che La riguardano, di chiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al titolare del trattamento.
5. Può inoltre proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le indicazioni riportate sul sito dell'Autorità di controllo (<http://www.garanteprivacy.it/>)

Data ..... Per ricezione e presa visione, l'Interessato .....

Desidero ricevere aggiornamenti sulle novità e corsi della SII:  Sì  NO

Come è venuto a conoscenza della nostra realtà?

- Riviste di settore  Parenti e/o amici  E-mail ricevute  
 Fiere di settore (specificare quale..... )  
 Internet (specificare la fonte..... )  
 Altro.....

<p>Note:</p> <hr/> <hr/>
--------------------------

**Per coloro che sono iscritti all'associazione P.R.I.S.M.A. verrà applicato lo sconto del 8%**