|  |  |
| --- | --- |
| **TITOLO****DEL SEMINARIO** | **Anatomia del Bando Tipo 1 Anac:****Una giornata completamente dedicata all'approfondimento del Bando Tipo Tiponormative** |
| **Data e sede di svolgimento** | **11 maggio 2018****AULA MAGNA ASST G.PINI-CTO – Via Gaetano Pini, 3 - Milano** |
| **Il Sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****In qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Dell’impresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****DICHIARA la Partecipazione al seminario che si terrà a Milano l’ 11 maggio 2018 organizzato da ALE e Scuola Nazionale Servizi di:** |
| **Cognome e Nome\*** |  |
| **Recapito Telefonico** |  |
| **E-mail\*** |  |
| **Ruolo ricoperto in Azienda e Area\*** |  |
| ***\* dati obbligatori*** |
| **EVENTUALI DATI PER LA FATTURAZIONE****(Ragione sociale, sede e indirizzo, p. Iva)** |  |
| **QUOTA DI PARTECIPAZIONE (apporre una X nella casella prescelta)** |
| **Gratuito per iscritti ALE e associate FARE** |  |  |
| **€ 100 (+ iva 22%) Soci SNS** |  |  |
| **€ 300 (+ iva 22%) Non associati a SNS** |  |  |
| **Il Modulo di Partecipazione dovrà pervenire alla Fondazione SNS via fax o via e-mail -** info@scuolanazionaleservizi.it **- Fax. 075.5848054** |
| **IL SOTTOSCRITTO SI IMPEGNA****a versare la Quota di Iscrizione con Bonifico Bancario entro l’ 8 maggio 2018 presso il conto intestato alla Fondazione Scuola Nazionale Servizi,** **Monte dei Paschi di Siena IBAN: IT58R0103003077000000406883****Il Sottoscritto dichiara inoltre di essere consapevole:*** **Che la Fondazione Scuola Nazionale Servizi può utilizzare i dati contenuti nel presente Modulo di Partecipazione esclusivamente nell’ambito e per i fini della propria attività, nel rispetto della riservatezza e dei diritti della persona ai sensi del D.L. 196/2003;**
* **Che l’eventuale Disdetta dovrà essere comunicata via Fax almeno n. 3 giorni lavorativi antecedenti l’Iniziativa; nessun rimborso è previsto oltre tale termine.**
 |
| **Data:**  | **Timbro e Firma** |