**MODULO DI ISCRIZIONE  
Supervisione di gruppo per Mediatori Familiari**

**• Sabato 26 ottobre 2024, dalle ore 14 alle ore 18**

**• Domenica 27 ottobre 2024, dalle ore 10 alle ore 17 (con 1h di pausa)**

**Sede: via Buniva 9 bis/d Torino (TO), in presenza**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Il/La sottoscritto/a** | | | |  | | | | | | | | |
| **Nato/a a** | | | |  | | | | | **In data** | | **\_\_ / \_\_ / \_\_** | |
| **Residente in Via** | | | |  | | | | | | | **N°** | |
| **CAP** |  |  |  |  |  | **Città** |  | | | **Prov.** | |  |
| **Codice Fiscale** | | | |  | | | | | | | | |
| **Copia documento di identità non autentificato** | | | |  | | | | | | | | |
| **Copia del tesserino A.I.Me.F. (obbligatorio per attestato e sconto)** | | | |  | | | | | | | | |
| **Telefono** | | | |  | | | | **Cellulare** |  | | | |
| **Indirizzo mail** | | | |  | | | | | | | | |

**QUOTA DI ISCRIZIONE**

|  |
| --- |
| **€ 122,00**  € 100,00 + IVA 22% € 22,00 |
| **€** **97,60**  € 80,00 + IVA 22% € 17,60  **(per Iscritti A.I.Me.F. in regola con la quota associativa dell’anno corrente)** |

Il versamento dovrà essere effettuato **entro mercoledì 22 ottobre 2024** mediante bonifico bancario sul conto intestato a **Associazione Me.Dia.Re**

**Crédit Agricole Italia spa di via XX Settembre 3, Torino**

**IBAN: IT 18 H 06230 01000 00001 5249678**

**Dati per l’intestazione fattura (SOLO se diversa dal sottoscrittore), con delibera di autorizzazione dell’Ente che provvederà al pagamento della quota d’iscrizione**

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome o ragione sociale per la fatturazione** | **Nome** |
|  |  |
| Indirizzo | n. |
| Città CAP | Prov. |
| Tel. | Cell. |
| E-mail | Pec |
| Codice Fiscale o P. Iva | |
| Codice Univoco SDI | |

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La presente scheda d’iscrizione può essere compilata, sottoscritta, firmata per accettazione e inviata a **mezzo e-mail a** [**info@me-dia-re.it**](mailto:info@me-dia-re.it), unitamente alla fotocopia non autenticata di un valido documento di riconoscimento, per gli iscritti, **copia del tesserino d’iscrizione all’albo dei Mediatori Familiari dell’A.I.Me.F.** e copia del bonifico effettuato.

**Clausole contrattuali**

1. **Iscrizione.** Per il perfezionamento dell’iscrizione è necessario che l’Associazione Me.Dia.Re. riceva la presente scheda, compilata in ogni sua parte e sottoscritta, unitamente alla copia del documento di riconoscimento non autentificato e del codice fiscale e della fotocopia del tesserino A.I.Me.F. e alla copia del documento attestante l’avvenuto pagamento della quota di iscrizione, mediante l’invio dei documenti a mezzo e-mail a : info@me-dia-re.it
2. **Variazioni e integrazioni del programma formativo.** L’Associazione Me.Dia.Re. si riserva la facoltà di rinviare o annullare il Corso in programma, dandone comunicazione ai partecipanti via e-mail entro tre giorni lavorativi precedenti la data di inizio del Corso. In tal caso l’Associazione Me.Dia.Re. rimborserà l’intero importo ricevuto senza ulteriori obblighi né oneri aggiuntivi
3. In caso di rinuncia da parte del partecipante, è necessario dare tempestiva comunicazione alla segreteria dell’Associazione, se questo avverrà entro 5 giorni prima dell’inizio del Corso sarà restituito l’intero importo versato, diversamente verrà fatturata la quota intera.

Data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vuoi iscriverti alla NEWLETTER dell’Associazione Me.Dia.Re. SI □ NO □

Data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**•••**

**Oggetto: informativa ai sensi dell'art.13 del D.Lgs.30.06.2003, n.196**

**coordinato con il D. Lgs del 10-08-2018 n. 101**

Informativa ai sensi dell’art. 13 D.Lgs n. 196/2003: i suoi dati saranno trattati dall’Associazione Me.Dia.Re. – Titolare del trattamento per evadere la sua richiesta di partecipazione a corsi/conferenze/certificazioni. Tutti i dati richiesti sono disponibili per il suddetto fine. Inoltre, previo suo consenso, i suoi dati saranno trattati per finalità di informazione di altre iniziative. I suoi dati saranno resi disponibili agli incaricati preposti all’operazione di trattamento finalizzate alla gestione ed elaborazione dati. Ai sensi dell’art.7 D. Lgs 196/ 2003, potrà esercitare i relativi diritti, fra cui consultare, modificare e cancellare i suoi dati o opporsi al loro trattamento, scrivendo alla sede legale di ME.DIA.RE.- Via Guidobono 1, 10137 Torino, oppure inviando una mail con richiesta di ricevuta di ritorno. Responsabile del trattamento è il responsabile dati di ME.DIA.RE.

□ Desidero che ME.DIA.RE. utilizzi i suoi dati per le finalità e secondo le modalità illustrate nell’informativa.

Data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_