

Il/la sottoscritto/a

**RICHIEDE**

informazioni sulle modalità di realizzazione e di pagamento per il corso di

**Qualifica di II livello Specializzazione Estetista 900 ore**

per la sede :

- Cfp - Falconara M.ma, Via Baldelli, 23 – 60015 Falconara M.ma
- Cfp - Macerata, Via dei Velini, 52/B – 62100 Macerata
- Cfp - Pesaro, Via del Cinema,5 - int. 13 – 61122 Pesaro

La richiesta si intende libera da qualsiasi vincolo relativamente all'effettiva iscrizione.

Il sottoscritto fornisce i seguenti dati e recapiti personali allo scopo esclusivo di ricevere le informazioni sulle attività corsuali.

Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
Luogo di nascita	<input type="text"/>	Data di nascita	<input type="text"/>
Residenza	<input type="text"/> (indirizzo, numero civico, cap, città, prov.)		
Codice Fiscale	<input type="text"/>		
Tel.	<input type="text"/>	Cellulare	<input type="text"/>
Fax	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>

Pertanto, ai sensi dell'art. 13 del regolamento UE 2016/679, autorizzo la Segreteria Organizzativa di IAL Marche al trattamento dei miei dati personali e al loro inserimento nelle proprie banche dati.

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(Firma)

**N.B. IL PRESENTE MODULO VA RISPEDITO ATTRAVERSO FAX/ MAIL/MESSAGGISTICA  
WHATSAPP AI SEGUENTI RECAPITI:**

**IAL MARCHE Falconara**

Fax 071.910844 – E-mail: falconara@ialmarche.it - Whatsapp +39 3771444160

**IAL MARCHE Macerata**

Fax 0733.232976 - E-mail: macerata@ialmarche.it - Whatsapp +39 3341522561

**IAL MARCHE Pesaro**

Fax 0721.375230 - E-mail: pesaro@ialmarche.it – Whatsapp +39 3274960264