



**PARTNERS**

All'Accademia degli studi Giuridici Europei

Sede esami di Ottaviano

Via Sarno n.133 - 80044

Napoli

Oggetto: (specificare nome Corso) \_\_\_\_\_

Cognome enome.....

Data e luogo di nascita.....

C.F..... Residente in.....

Via .....Prov.....Cap.....Tel.....

mail .....fax.....Cell.....PEC.....

di essere in possesso (specificare titolo di studio).....

Quota iscrizione € 150,00 **da accreditare su conto corrente bancario**  
IBAN: IT 48L 0538 7032 2500 0002 5401 31 – BANCA BPER  
INTESTATO A: Accademia Universitaria degli studi Giuridici Europei  
CAUSALE: iscrizione corso CRISI DI IMPRESA + nominativo (nome e cognome)

**DATI PER LA FATTURAZIONE**

Ragione sociale o nominativo.....

Indirizzo.....Città.....CAP.....Prov.....

P.I./..... C.F.....

Codice SDI (se in possesso).....PEC.....



**PARTNERS**

autorizzo la comunicazione dei miei dati rimessi nella disponibilità dell'Accademia Auge.

La/Il sottoscritto/a allega alla presente domanda:

- fotocopia di un documento di riconoscimento valido;
- fotocopia della tessera del codice fiscale;
- fotocopia di iscrizione al sindacato (qualora indicato precedentemente);
- fotocopia dell'istanza d'iscrizione a per usufruire della convenzione;
- copia dell'avvenuto pagamento mediante bonifico bancario.
- Autocertificazione titoli di studi
- Curriculum vitae con foto

**Inviare copia bonifico e scheda compilata a: [info@accademiauge.it](mailto:info@accademiauge.it) o inviare fax al numero 081/3624225.**

**2. L' Accademia Auge per eventuale mancata partecipazione si limita solamente alla emissione di buoni formazione (pari alla somma anticipata) spendibili in ulteriori corsi o master. NB: Date e luoghi a causa di forza maggiore possono essere variati. I suoi dati verranno trattati ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. n.30.06.2003 n. 196 e successive nel rispetto della normativa europeavigente.**

Firma dell'incaricato.....

Dichiaro di ricevere copia del seguente contratto conforme all'originale, di aver letto ed accettato le clausole di cui ai numeri: 1) 2) ai sensi ed agli effetti degli art. 1341-1342 c.c.

LUOGO E DATA..... FIRMA.....

**Accademia Auge – Via Circonvallazione Clodia 163/169 Roma -  
Tel: 0692939204 – [info@accademiauge.it](mailto:info@accademiauge.it)**