

*Associazione Vidhut  
Scuola di Agopuntura e Terapia del Dolore  
Iscritta alla Federazione Italiana Scuole di Agopuntura  
Via Roma 158  
09020 Ussana (CA)*

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ANNO 2017/2018**

**Il/La sottoscritto/a Dott.** \_\_\_\_\_ **nato a** \_\_\_\_\_

**il** \_\_\_\_\_ **residente a** \_\_\_\_\_

**Via** \_\_\_\_\_ **CAP** \_\_\_\_\_

**Cod. Fiscale** \_\_\_\_\_ **P.IVA** \_\_\_\_\_

**Laureato c/o Università di** \_\_\_\_\_

**In data** \_\_\_\_\_ **Iscritto all'Albo provinciale dei Medici di** \_\_\_\_\_

**CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO**

**Al** \_\_\_\_\_ **Anno della Scuola di Agopuntura e Terapia del Dolore "Vidhut". Si impegna a versare la retta annuale di 1.600 € comprensivi di IVA al 22%, in un massimo di tre rate da versare: la 1° all'iscrizione, la 2° entro maggio e la 3° entro settembre tramite bonifico bancario sul C/C n.37294 c/o Banco di Sardegna intestato all'associazione Vidhut –**

**IBAN: IT82D0101586350000000037294**

**È implicito che la suddetta iscrizione impegna al versamento dell'intera quota di iscrizione. Esprime inoltre il proprio consenso al trattamento delle informazioni relative ai dati personali, ai soggetti pubblici e privati, per fini inerenti all'attività scolastica e professionale. Dichiaro inoltre, sotto la propria responsabilità, ai sensi de DPR 445 del 28/02/2000, e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76, di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia.**

**Cagliari,**

**FIRMA**