DOMANDA DI ISCRIZIONE

Il/la sottoscritto/a

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome | Nome |
| Nato/a a | il |
| Indirizzo (Via, CAP, Città, Provincia) |  |
| Telefono | eMail |

**Chiede di essere ammesso al** Seminario intensivo

**RELAZIONI INTERCULTURALI: CHE SHOCK!**

Roma, li Firma

Il/la sottoscritto/a, eseguite le ottemperanze ex artt. 7 e 13 del Codice sulla Privacy, esprime espresso consenso al trattamento dei propri dati personali, previsto ex art. 23 D. Lgs. 196/2003,

Roma, li Firma