V. Ruggero Bardazzi, 17 - 50127 Firenze
Tel. Fax: 055480993
info@snci.it
www.scuoladicinemaindipendente.com

Il sottoscritto/a_____ cittadinanza_____

Nato/a a_____ Provincia di _____ il_____

Residente a_____ Provincia di _____ Cap_____

in Via/Località/Frazione_____

recapiti telefonici (minimo 2):

1° tel_____ 2° tel_____3° tel_____

Codice Fiscale: _____ e-mail: _____

Titolo di studio_____ Conseguito nell'anno_____

Attualmente dichiara di essere:

☐ Studente ☐ lavoratore dipendente

☐ lavoratore autonomo ☐ disoccupato

Desidera iscriversi al corso di:

REGIA CINEMATOGRAFICA	**am** ☐	**pm** ☐	**SCENEGGIATURA**	**am** ☐	**pm** ☐
DIREZIONE DELLA FOTOGRAFIA	**am** ☐	**pm** ☐	**FILMMAKING**	**am** ☐	**pm** ☐
PRODUZIONE CINEMATOGRAFICA E DI SERIE TV	☐		**CAMERAMAN**	**am** ☐	**pm** ☐
RECITAZIONE BASE	☐		**MONTAGGIO**	**am** ☐	**pm** ☐
RECITAZIONE AVANZATO	☐		**DOPPIAGGIO**		☐

Come sei venuto a conoscenza della nostra scuola?_____

Dichiara inoltre di aver preso visione dei costi del corso scelto e di essere al corrente che le quote versate non possono essere restituite. Solo nel caso in cui un corso non venga svolto per motivi imputabili alla scuola, le quote versate verranno interamente restituite.

Firma ….....

Ai sensi dell'art.13 del D.lgs. 196/03 ed in seguito all'entrata in vigore del Regolamento UE n.679/2016 conformemente a quanto disciplinato dall'art.13 del citato Regolamento Europeo, La informiamo che i Suoi dati personali, liberamente comunicati e da noi acquisiti, saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente in relazione all'attività svolta dalla Scuola Nazionale di Cinema Indipendente di Firenze. Il conferimento dei Suoi dati, che saranno trattati dal personale autorizzato con modalità informatizzata, è obbligatorio ed il loro mancato conferimento preclude la partecipazione alle attività della stessa.

☐ Acconsento al trattamento dei dati personali ai sensi del GDPR 2016/679. *
☐ Ho preso visione dell'informativa sulla Privacy *
☐ Desidero ricevere informazioni sugli eventi e sulle attività didattiche organizzate dalla scuola.
* Campi obbligatori

Luogo e Data_____
Firma per consenso informativa ex art. 13 D.lgs. 196/2003 e Reg. UE n. 679/2016 ….....