

Tessera n° (a cura della Scuola) _____

Il sottoscritto/a _____ cittadinanza _____

Nato/a a _____ Provincia di _____ il _____

Residente a _____ Provincia di _____ Cap _____

in Via/Località/Frazione _____

recapiti telefonici: 1° tel _____ 2° tel _____ 3° tel _____

Codice Fiscale: _____ e-mail: _____

Titolo di studio _____ Conseguito nell'anno _____

Attualmente dichiara di essere:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Studente | <input type="checkbox"/> lavoratore dipendente |
| <input type="checkbox"/> lavoratore autonomo | <input type="checkbox"/> disoccupato |

Desidera iscriversi al corso di:

 MASTERCLASS (specificare quale)

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

***Allegare copia del documento di identità**