



Istituto Internazionale di Formazione

**MASTER IN**  
**VALORIZZAZIONE DEI BENI ARCHITETTONICI E AMBIENTALI**  
Esperto in Marketing e gestione dei beni culturali

**Domanda  
di  
iscrizione**

*a.a. 2008*

**DATI ANAGRAFICI**

|                          |                              |                   |             |
|--------------------------|------------------------------|-------------------|-------------|
| NOME E COGNOME<br>.....  |                              | NATA/O A<br>..... | IL<br>..... |
| RESIDENTE A<br>.....     | PROVINCIA<br>.....           | C.A.P.<br>.....   |             |
| IN VIA<br>.....          |                              | N.<br>.....       |             |
| CODICE FISCALE<br>.....  | RECAPITI TELEFONICI<br>..... |                   |             |
| FAX (EVENTUALE)<br>..... | E-MAIL<br>.....              |                   |             |

**TITOLODI ACCESSO AL MASTER**

|                      |               |                    |
|----------------------|---------------|--------------------|
| LAUREA IN<br>.....   |               |                    |
| UNIVERSITA'<br>..... | ANNO<br>..... | VOTAZIONE<br>..... |

**ESTREMI DEL PAGAMENTO**

|                |               |                             |
|----------------|---------------|-----------------------------|
| BANCA<br>..... | DATA<br>..... | NUMERO DI C. R. O.<br>..... |
|----------------|---------------|-----------------------------|

Si allega:

1. copia del versamento di € 2.000,00;
2. n°2 fotografie in formato tessera;
3. fotocopia di un documento di identità;
4. fotocopia del codice fiscale;
5. curriculum vitae in formato europeo.

*Il/la sottoscritto/a accetta, con la presente, il regolamento del corso, che dichiara di aver letto sul sito internet [www.istitutodiformazione.org](http://www.istitutodiformazione.org), in tutte le sue parti sollevando, inoltre, sin d'ora l'Istituto da eventuali infortuni che dovessero accadere durante il corso e per i quali dispone di assicurazione personale.*

Luogo e data ..... Firma .....

*Il/la sottoscritto/a autorizza l'Istituto Internazionale di Formazione ad inserire e conservare in un suo archivio tutti i dati contenuti nei documenti inviati, e ad utilizzarli ai fini del corso, con riserva di ottenere in qualsiasi momento la cancellazione degli stessi inviando richiesta scritta all'Istituto, via S. Caterina, 14 89121 Reggio Calabria (L. 675/96)*

Luogo e data ..... Firma .....

|                                                                                                              |                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Da spedire a:<br><b>Istituto Internazionale di Formazione, Via S. Caterina,<br/>14 89121 Reggio Calabria</b> | <b>Riservato alla segreteria:</b><br>data di arrivo _____<br>numero protocollo _____<br>ordine arrivo specifico _____ |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|