

**Domanda di iscrizione al Master in “Pedagogia Clinica”**

Il/La sottoscritt ...

.....

nato/a a ..... (\_\_\_\_) il .....

residente a ..... (\_\_\_\_), via .....

tel ..... , e-mail .....

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

in possesso del titolo di studio in .....,  
*(indicare se Laurea Triennale, Laurea Specialistica/Magistrale, Diploma)*

di professione .....

**C H I E D E**

di essere ammesso/a al Master in Pedagogia Clinica, organizzato dal Centro Psicopedagogico Krómata - Brescia, con il Centro Psicopedagogico Formazione Studi Ricerche OIDA.

Alla presente allega fotocopia in carta semplice del titolo di studio e copia del versamento della tassa d'iscrizione.

Il/La sottoscritto dichiara di:

- di aver preso visione ed accettare integralmente le norme contenute nel Bando e nel Regolamento del Master;
- essere consapevole del valore e significato del Master bandito;
- autorizzare il trattamento dei propri dati personali e la loro tenuta in forma cartacea ed elettronica ai sensi della legge 31-12-1996 n.675. e del Regolamento UE 2016/679 (GDPR);
- di accettare i seguenti costi e modalità di pagamento
  - *Iscrizione* - € 300 + IVA al 22% (quota non rimborsabile)
  - *Costo Master* - € 2400 + IVA al 22%, versabili in quattro rate;
- di sollevare il Centro Psicopedagogico Krómata - Brescia, i proprietari e conduttori dei locali ove si svolge il Master e le attività di tirocinio/ stage da ogni responsabilità di tipo infortunistico.

**Inviare** la domanda d'iscrizione all'indirizzo mail [amministrazione@kromata.it](mailto:amministrazione@kromata.it), allegando copia del titolo di studio e ricevuta del versamento di € 366 (300 + IVA al 22%).

A seguito dell'accoglimento della presente il sottoscritto verrà informato dell'avvenuta iscrizione e, da quella data, decorrerà il termine di quattordici giorni lavorativi previsto dall'art. 52 del D.Lgs. 06/09/2005 n. 206 e successive modificazioni (Diritto di recesso).

Data ..... Firma leggibile .....