



# MODULO ISCRIZIONE CORSI

## CONDIZIONI GENERALI

### CORSO SCELTO

- Scena Crimine (PCSC): € 95  
 Soccorso Tattico (TEMS): € 190  
 Violenza Donne: € 80  
 Paziente Violento: € 85  
 Negoziazione Operativa: € 80  
 Tactical First Aid: € 80  
 Advanced Combat Medic: € 240  
 Controllo Emorragia: € 58

(NB: In caso di richiesta di fattura fiscale, il costo del corso è da intendersi maggiorato del + 22%)

### MODALITA' DI PAGAMENTO

- a) Pagamento tramite **Bonifico Bancario**  
coordinate bancarie: Banca Unicredit Filiale  
Modena Emilia Est A  
Cod. IBAN: IT 83 B 02008 12933 000041086737
- b) Pagamento tramite **versamento su c/c Postale** n° 85993715 intestato a: Associazione Scientifica Anti Crimine.

Inviare tramite:

FAX: 059.49068142  
E-mail: [info@asacitalia.it](mailto:info@asacitalia.it)  
WhatsApp: 3406829198

- Copia della distinta di pagamento.
- Scheda di iscrizione debitamente compilata

**ATTENZIONE: L'iscrizione al corso è confermata solo una volta che si è ricevuta la distinta di pagamento, oppure un acconto di € 50.**

### ANNULLAMENTO/RECESSO

Eventuali annullamenti dell'iscrizione dovranno pervenire alla Segreteria Organizzativa entro e non oltre **30 gg.** lavorativi dalla data di inizio del corso, in forma scritta all'indirizzo email: [info@asacitalia.it](mailto:info@asacitalia.it)

In caso di mancata comunicazione, sarà addebitata l'intera quota di partecipazione. In alternativa il discente potrà partecipare ad un'altra edizione del corso scelto.

### PER INFORMAZIONI:

**Segreteria Organizzativa**  
Associazione Scientifica Anti Crimine  
Tel. 340.6829198  
Fax. 059.49068142  
Website: [www.asacitalia.it](http://www.asacitalia.it)  
E-mail: [info@asacitalia.it](mailto:info@asacitalia.it)

## SCHEDA DATI

Compilare in modo leggibile in ogni sua parte

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) Cap \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Cell \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Ente di appartenenza/luogo di lavoro: \_\_\_\_\_

Richiesta fattura: SI  NO

**NB:** Per esigenze organizzative non verrà rilasciata la fattura fiscale se non richiesta all'atto dell'iscrizione.

**Campi da compilare per l'intestazione della fattura**  
(se i dati sono diversi da quelli sopra indicati)

Ragione Sociale/Persona Fisica \_\_\_\_\_

Sede Legale/Indirizzo \_\_\_\_\_

P.IVA \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

### Protezione dei dati personali

Ai sensi e per gli effetti del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) con la compilazione del presente Modulo di iscrizione, si autorizza ASAC ad inserire il proprio nominativo nei relativi database. In ogni momento si potrà avere accesso ai propri dati, chiederne la modifica o la cancellazione oppure opporsi al loro utilizzo scrivendo all'indirizzo: [info@asacitalia.it](mailto:info@asacitalia.it)

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA X \_\_\_\_\_

**Firmando si dichiara anche di accettare tutte le "condizioni generali" a lato indicate.**