

## MODULO ISCRIZIONE

(da compilare in stampatello e da restituire via fax  
al n° 041/940648 o mail a [formazione@aicqtv.net](mailto:formazione@aicqtv.net))

|               |  |                    |  |
|---------------|--|--------------------|--|
| Codice corso: |  | Date di erogazione |  |
| Titolo corso  |  |                    |  |
|               |  |                    |  |

|                     |      |            |                             |                             |
|---------------------|------|------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>PARTECIPANTE</b> |      | Socio AICQ | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| Cognome:            |      | Nome:      |                             |                             |
| Tel:                | Fax: | e-mail:    |                             |                             |
| Settore di attività |      |            |                             |                             |

|   |         |             |            |  |
|---|---------|-------------|------------|--|
| <b>LA FATTURA ANDRÀ INTESTATA A</b>   |         |             |            |  |
| Ragione sociale o cognome e nome:   |         |             |            |  |
| Via:  |         |             | N.:        |  |
| CAP   | Città:  |             | Provincia: |  |
| Tel:  | Fax:    | e-mail:     |            |  |
| Cod. fiscale  |         | Partita IVA |            |  |
| Settore di attività aziendale   |         |             |            |  |
| Cognome e nome persona di riferimento per invio fattura via mail              |         |             |            |  |
| Tel:  | e-mail: |             |            |  |
| <b>LA FATTURA ANDRÀ INVIATA A</b> (compilare solo se diverso da intestazione) |         |             |            |  |
| Ragione sociale o cognome e nome:   |         |             |            |  |
| Via:  |         |             | N.:        |  |
| CAP   | Città:  |             | Provincia: |  |

|      |                                  |
|------|----------------------------------|
| Data | Timbro e firma per accettazione: |
|------|----------------------------------|

*Ai sensi e per gli effetti della L. 196/03 prendo atto che i dati personali che mi vengono richiesti sono indispensabili per fini istituzionali di AICQ Triveneta e non saranno utilizzati se non in attuazione del presente contratto e per fini generali di AICQ Triveneta e della società di servizi o comunque entità collegate. Titolare del trattamento dei dati è AICQ Triveneta che garantisce il rispetto degli obblighi di legge e la riservatezza dei dati stessi. Pertanto esprimo il mio consenso al trattamento dei dati stessi, nei limiti sopra precisati*

**QUALITA' NORDEST srl** Partita IVA 02938270275  
Galleria Giacomuzzi, 6/5 – 30174 MESTRE (VE)  
tel. 041/951795 - Fax 041/940648