

MODULO ISCRIZIONE

CORSO PROFESSIONALE

- Il Corso si effettuerà al raggiungimento di un numero minimo di partecipanti funzione del tipo di corso
- Date e orari del corso saranno comunicate ai partecipanti alla conclusione delle iscrizioni
- Può partecipare al corso professionale chiunque desideri sviluppare le proprie capacità nell'ambito delle attività tramite droni.
- La descrizione dei corsi selezionabili è disponibile sul sito web ICAROS all'indirizzo www.icaroschool.com
- Il corso è aperto a partecipanti con e senza attestato di pilota.

N.B. I campi segnati con l'asterisco * sono obbligatori.

NOME * _____

COGNOME * _____

DATA DI NASCITA * _____ CITTA' * _____

PROVINCIA * _____ NAZIONE * _____

INDIRIZZO RESIDENZA * _____

CAP * _____ CITTA' (PROV) * _____

CODICE FISCALE * _____

DOCUMENTO* _____ NUMERO* _____ SCAD-DOC* _____

ENTE/COMUNE EMISSIONE * _____

ICAROS. s.r.l.

Sede legale: via Vittoria, 20 40133 Bologna – Italy

Base BOLOGNA-LIPPO: via Fratelli Rosselli 7/4 Caldera di Reno (BO)

Base BOLOGNA COLLI – Campo Volo

Base PARMA – Campo Volo FONTANELATO (PR)

Base Sassuolo (MO) – Campo Volo

Base SORGA' (VR) – Campo Volo

www.icaroschool.com

P.I. 03604761209

segreteria@icaroschool.com

Base MAGRETA (MO) – Campo Volo

Base TERMON – Campo Volo TERMON (TN)

Base BARI: sede teoria

E-MAIL * _____

TELEFONO * _____

GIA' IN POSSESSO DI UN ATTESTATO PILOTA UAS?

SI

☐

NO

☐

CORSO A CUI SI INTENDE PARTECIPARE _____

MODALITA' DI PAGAMENTO

Il pagamento dovrà essere effettuato tramite Bonifico Bancario in via anticipata alle seguenti coordinate:

ICAROS S.R.L.**IBAN --- IT04P0707202400000000201683**CAUSALE: "Tipo di Corso - Nome e Cognome - Azienda"ad esempio: *Corso Prof. Foto e Video – Mario Rossi – La Bianchina s.r.l.*

Il Sottoscritto (Cognome e Nome) _____

visto, letto ed accettato il presente modulo, richiede l'iscrizione al Corso Professionale organizzato da ICAROS s.r.l. e si impegna inoltre ad eseguire i pagamenti come richiesto nella sezione "MODALITA' DI PAGAMENTO".

Inoltre acconsento, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio consenso al trattamento dei dati personali forniti a seguito della segnalazione/iscrizione inoltrata.

(Luogo e Data) _____ (Firma) _____

Il presente modulo va compilato, firmato e riconsegnato alla segreteria oppure inviato via mail all'indirizzo segreteria@icaroschool.com è inoltre richiesta copia del Codice Fiscale e/o dei dati fiscali Aziendali per l'emissione della fattura elettronica