

### DATI PARTECIPANTE

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_

Tel/Cell \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

### DATI ENTE (per fatturazione se partecipante con spese a carico dell'ente)

Denominazione Ente \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_

Tel/Cell \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Referente Ente \_\_\_\_\_ Recapito \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

### ALLEGATI:

- Copia bonifico comprensivo del numero C.R.O.
- Copia atto deliberativo (esclusivamente per enti pubblici)

### NOTE ISCRIZIONE

L'iscrizione s'intende perfezionata al momento del ricevimento, da parte di Svi.Me., della presente domanda e copia di avvenuto pagamento comprensivo del n. CRO e/o atto deliberativo (per enti pubblici).

Il pagamento, che è da intendersi effettuato in nome e per conto dell'intestatario della fattura, dovrà avvenire mediante bonifico bancario da effettuarsi alle seguenti coordinate:

Intestatario conto: **Centro Studi per lo Sviluppo del Mediterraneo**

Istituto Bancario: **Banca Carige Ag. Giarre**

Iban: **IT65 L034 3183 9500 0000 0192 080**

Causale: **Corso la Libera Professione**

La presente domanda, compilata in ogni sezione e debitamente sottoscritta, dovrà essere inviata per fax o e-mail ai seguenti recapiti:

**FAX: 095.2937933**

**E-mail: segreteria@svime.org**