



IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

NATO/A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_ RESIDENTE A \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO \_\_\_\_\_

CITTADINANZA \_\_\_\_\_

NAZIONALITA' \_\_\_\_\_

PERMESSO DI SOGGIORNO<sup>1</sup> (Solo per cittadini Extracomunitari) \_\_\_\_\_

RECAPITO/I TELEFONICO/I \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

TITOLO DI STUDIO \_\_\_\_\_

presa visione del Contratto per la partecipazione, scaricabile dal sito [www.platoneformazione.it](http://www.platoneformazione.it)

### CHIEDE

L'ISCRIZIONE AL CORSO **ASSISTENTE FAMILIARE** DELLA DURATA DI 300 ORE AUTORIZZATO DALLA REGIONE LAZIO AI SENSI DEL TITOLO V DELLA LEGGE REGIONALE 23/92 CHE SI SVOLGERA' IN MODALITA' A DISTANZA (DAD)

**COSTO CORSO: EURO: 800,00 (COMPRESA ISCRIZIONE e COPERTURA ASSICURATIVA)**

### MODALITA' DI PAGAMENTO

con Bonifico Bancario IBAN: IT0610832703204000000011500 intestato a Consorzio Platone

ISCRIZIONE: Euro 120,00 effettuato in data \_\_\_\_\_

PRIMO ACCONTO al 10% delle ore: Euro 280,00 effettuato in data \_\_\_\_\_

SALDO prima dell'esame: Euro \_\_\_\_\_ effettuato in data \_\_\_\_\_

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

*Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ prende atto e si impegna, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341-1342 e ss. Cod. Civ., a corrispondere comunque l'interno costo del corso a titolo di penale, nei casi di recesso unilaterale dell'iscritto e/o mancata frequentazione del corso ed in altra circostanza derivante da fatto o colpa non imputabile a Consorzio Platone.*

**PER SPECIFICA APPROVAZIONE DELLA CLAUSOLA PENALE:**