



Accreditamento Regione Lombardia per i servizi formativi n.949
Accreditamento Regione Lombardia per i servizi al lavoro n.435
Ente con SGQ certificato ai sensi della norma UNI EN ISO 9001:2015 – n.1134

sede legale: via Oldofredi 9 - 20124 Milano
t 02.67.07.18.77
formazione@istitutoicaf.it – istitutoicaf@pec.it
p.iva 07378830967
istitutoicaf.it

MODULO D'ISCRIZIONE

Alta formazione per Revisori Condominiali Professionisti – edizione 1/2026

__l__ sottoscritt _____

Cognome e nome

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

CHIEDE

l'iscrizione al corso: **ALTA FORMAZIONE PER REVISORI CONDOMINIALI PROFESSIONISTI ED.1/2026 (n.60 ore)**

In base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, dichiara di:

- Essere nato/a a _____ Prov: _____ il _____

- Essere femmina maschio

- Essere cittadino/a italiano altro (indicare lo Stato) _____

- Essere residente a _____ (Provincia _____) CAP _____

in Via/Piazza _____ (N. _____)

- (se diverso da residenza) essere domiciliato a _____ (Provincia _____) CAP _____

in Via/Piazza _____ (N. _____)

- Telefono _____ Cellulare _____

- Email _____

- (se in possesso) posta elettronica certificata (PEC) _____

- Altri recapiti (specificare) _____

- Di essere in possesso del seguente titolo di studio _____

- Di essere iscritto al seguente albo/ordine professionale (facoltativo) _____

QUOTA DI PARTECIPAZIONE AL CORSO

Le tre sezioni sotto descritte sono ALTERNATIVE, quindi compilarne solo 1:

SEZIONE A: QUOTA DI PARTECIPAZIONE AL CORSO (PER ISCRIZIONI PERVENUTE **OLTRE IL 04.05.2026**)

Dichiaro di essere stato informato che la quota di partecipazione al corso è pari a 2.002,00 € (esente IVA art.10 comma 20 - DPR 633/72 compresa marca da bollo di 2,00 €). La quota di partecipazione viene versata con le seguenti modalità (bonifico bancario, POS, contanti, assegno):

- rata unica* €.2.002,00 all'iscrizione
- due rate* €.1.002,00 all'iscrizione + €.1.000,00 entro inizio del corso
- tre rate* €.702,00 all'iscrizione + €.700,00 entro inizio del corso + €.600,00 entro lez.3

SEZIONE B: QUOTA DI PARTECIPAZIONE AL CORSO (PER ISCRIZIONI PERVENUTE **ENTRO IL 04.05.2026**)

Dichiaro di essere stato informato che la quota di partecipazione al corso è pari a 1.402,00 € (esente IVA art.10 comma 20 - DPR 633/72 compresa marca da bollo di 2,00 €). La quota di partecipazione viene versata con le seguenti modalità (bonifico bancario, POS, contanti, assegno):

- rata unica* €.1.402,00 all'iscrizione
- due rate* €.402,00 all'iscrizione + €.1.000,00 entro inizio del corso
- tre rate* €.402,00 all'iscrizione + €.500,00 entro inizio del corso + €.500,00 entro lez.3

SEZIONE C: QUOTA DI PARTECIPAZIONE AL CORSO SCONTATA (mediatori civili ICAF, revisori Registro Italiano Revisori, Gabetti, iscrizioni 3 persone, corsisti corsi contabilità e fiscalità ICAF, Associati AP)

Dichiaro di essere stato informato che la quota di partecipazione al corso è pari a 1.302,00 € (esente IVA art.10 comma 20 - DPR 633/72 compresa marca da bollo di 2,00 €). La quota di partecipazione viene versata con le seguenti modalità (bonifico bancario, POS, contanti, assegno):

- rata unica* €.1.302,00 all'iscrizione
- due rate* €.302,00 all'iscrizione + €.1.000,00 entro inizio del corso

Coordinate per il versamento:

IBAN: IT59C0837401600000016750897

Intestato a: ICAF - Istituto di Conciliazione e Alta Formazione srl

Presso: SOCIETÀ DI CREDITO COOPERATIVO DI BARLASSINA (MI) SCRL

Oggetto del bonifico: Corso Revisore Condominiale Professionista – COGNOME E NOME (allievo)

INDICARE DI SEGUITO I DATI PER LA FATTURAZIONE:

COGNOME NOME / RAGIONE SOCIALE: _____

INDIRIZZO (VIA, NUMERO CIVICO, CITTA', CAP): _____

PARTITA IVA / CODICE FISCALE: _____

CODICE UNIVOCO E/O PEC: _____

Edizione del corso: **maggio > luglio 2026**

*Ai sensi dell'art. 4 del Regolamento Generale per la Protezione dei Dati Personali n.2016/679 e nel rispetto del "Considerando 32", il sottoscritto rilascia a ICAF il consenso al trattamento dei propri dati personali. **Il trattamento delle informazioni che La riguardano sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Le forniamo quindi le seguenti informazioni:***

- *I dati da Lei spontaneamente forniti verranno trattati, nei limiti della normativa sulla privacy, per finalità istituzionali connesse o strumentali all'attività di ICAF, per sottoporre alla Sua attenzione materiale informativo, pubblicitario o promozionale esclusivamente da parte di ICAF*
- *Il trattamento sarà effettuato attraverso modalità cartacee e/o informatizzate.*
- *Il conferimento dei dati relativi a nome, cognome, indirizzo di posta elettronica è obbligatorio, al fine di poterLe offrire il servizio di informazioni da Lei richiesto ed ha altresì lo scopo di informarLa ed aggiornarLa sull'attività di ICAF srl.*
- *Il titolare del trattamento è ICAF – ISTITUTO DI CONCILIAZIONE E ALTA FORMAZIONE srl, con sede legale in Milano, via Oldofredi n.9, partita iva 07378830967*
- *In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, in particolare Lei potrà chiedere di conoscere l'esistenza di trattamenti di dati che possono riguardarla; di ottenere la comunicazione in forma intellegibile dei medesimi dati e della loro origine, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati; l'aggiornamento, la rettifica ovvero l'integrazione dei dati; l'attestazione che le operazioni predette sono state portate a conoscenza di coloro ai quali i dati sono stati comunicati, eccettuato il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato; di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che la riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta.*

- Rilascio il consenso**
- Nego il consenso**

Data: ____/____/____

Firma _____

Il presente documento, la ricevuta di versamento e l'allegato sottostante dovranno essere inoltrati a mezzo email a formazione@istitutoicaf.it

PATTO FORMATIVO

ICAF - Istituto di Conciliazione e Alta Formazione è una società che si occupa di formazione e di conciliazione fondata da professionisti che hanno maturato una pluriennale esperienza in questo settore.

ICAF si impegna a:

- 1) Erogare un corso di specializzazione sul tema ALTA FORMAZIONE PER REVISORI PROFESSIONISTI di ore 60 in modalità WEBINAR SINCRONO (due lezioni a settimana della durata di 04 ore ciascuna)*
- 2) Avvisare i corsisti, a mezzo email o telefono, almeno 7 giorni prima dell'inizio del corso, nel caso ci fossero variazioni di date e orari;*
- 3) Avvisare tempestivamente i corsisti, a mezzo email o telefono, nel caso ci fossero variazioni di date, orari e docenti, dovute a causa di forza maggiore;*
- 4) Utilizzare docenti competenti ed esperti delle materie trattate;*
- 5) Utilizzare aule e strumentazioni idonee;*
- 6) Fornire ai corsisti materiali/dispense sugli argomenti trattati in formato cartaceo e/o elettronico;*
- 7) Trattare gli argomenti così come riportati nel file allegato "programma del corso" durante le ore di erogazione del corso;*
- 8) Rilasciare un attestato di partecipazione a coloro che avranno tutte le ore del corso; oppure a rilasciare un attestato di frequenza con l'esatto numero di ore frequentate a coloro che non frequentano tutte le ore.*

Il corsista si impegna a:

- 1) Presentarsi al corso nelle date e agli orari stabiliti;*
- 2) Avvertire di eventuali ritardi o assenze;*
- 3) Tenere un comportamento corretto e rispettoso;*
- 4) Firmare il registro in entrata e in uscita;*
- 5) Compilare i moduli richiesti;*
- 6) Rispondere ai questionari che verranno somministrati*
- 7) Prestare il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per questioni amministrative e di comunicazione esclusivamente da parte di ICAF*

Il corsista:

.....

*Il Responsabile scientifico:
dott. Ivan Giordano*

