

MODULO DI ISCRIZIONE

Cognome e Nome nato/a il

a residente in Via/P.zza

n. CAP Città Prov

Tel/Cell E-mail personale

Titolo di studio (Diploma/Laurea in) conseguito nell'anno

c/o Istituto/Università

Specializzazioni e attività scientifiche svolte nel settore cosmetico (indicare anno e titolo conseguito)

Attività attuale dal mese/anno /

Società/Ente Via/P.zza n.

CAP Città Prov Tel/Cell

E-mail aziendale

Inviare e-mail e informazioni presso: ☐ indirizzo di residenza ☐ indirizzo società/ente

Presentato da (nome e cognome del Socio presentatore)

TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Autorizzo, ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 (c.d. GDPR) l'utilizzo dei miei dati personali per l'esercizio dell'attività dell'Associazione e per il raggiungimento delle finalità previste dallo Statuto. Sono a conoscenza del mio diritto di poter ottenere informazioni relative all'utilizzo e di poter chiedere di modificare, integrare o far cancellare i dati per motivi legittimi, scrivendo all'indirizzo segreteria@sicc.it

Data

Firma

QUOTE SOCIALI a partire da luglio 2026

- ☐ € 150,00 SOCI A
☐ € 600,00 SOCI B
☐ € 60,00 SOCI ST

per la definizione delle categorie, vedi [Statuto Sicc](#)