Il/la Sottoscritto/a (nome e cognome dell'allievo)_____

Luogo di nascita_____il_____

Residente a_____Cap_____Provincia_____

Via/Piazza_____n._____

Telefono_____Cell_____

Email_____

Nome e cognome di uno dei due genitori in caso di minori_____

## CHIEDE DI ISCRIVERSI

- Corso di Tecnologia Musicale di:

□ Tecnico del Suono
□ Cubase
□ Missaggio
□ Mastering
□ Workshop Batteria
□ Workshop Voce
□ Musica Elettronica
□ Programmazione e Arrangiamento
□ Film Scoring
□ Kontakt

**DICHIARA DI ESSERE IN POSSESSO E A CONOSCENZA DEL REGOLAMENTO DELLA SCUOLA**

Data_____ Firma leggibile (di un genitore in caso di minore)

_____

**Il sottoscritto AUTORIZZA L'AG STUDIOS ROMA**

- al trattamento dei dati personali ai fini dell'espletamento delle procedure inerenti l'organizzazione e svolgimento dei corsi, delle manifestazioni culturali e dalle altre attività previste dal regolamento di organizzazione della scuola stessa nonché la trasmissione dei dati ad altri soggetti per fini istituzionali nel rispetto degli obblighi di sicurezza e riservatezza previsti D.Lgs. N. 196/2003.

Data_____ Firma leggibile (di un genitore in caso di minore)

_____

– all'effettuazione di servizi fotografici e/o audiovisivi (del sottoscritto o dei figli, se minore) durante i vari momenti della giornata scolastica, dei saggi e degli eventi vari organizzati dalla scuola ai fini della formazione ricerca e documentazione dell'attività didattica.

Data_____ Firma leggibile (di un genitore in caso di minore)

_____