

# Marshall Language Services - Corsi di Lingua all'estero 2025

Modulo di Iscrizione

Cognome _____	Nome _____
Indirizzo _____ n. _____ CAP _____ Città _____ (Prov.) _____	
Email _____	Tel. (Casa) _____
Ufficio _____	Cellulare studente _____ email _____
Codice Fiscale (obbligatorio) _____	
Data di Nascita (gg, mm, aa) _____ / _____ / _____	Luogo di Nascita _____
Persona da contattare in caso di emergenza: 1. _____	Tel.: _____
Persona da contattare in caso di emergenza: 2. _____	Tel.: _____
Relazione di queste persone allo studente: 1. _____	2. _____
Cittadinanza <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> Altra (Specificare) _____	
Madre Lingua <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> Altra (Specificare) _____	
Titolo di Studio <input type="checkbox"/> Diploma <input type="checkbox"/> Laurea <input type="checkbox"/> Altro: _____	
Livello approssimativo della lingua da studiare _____	
Occupazione _____	
Se studente, nome e città della scuola/università _____	
Come ha conosciuto il programma? _____ Motore di ricerca _____ Parole chiavi _____	

## Modalità di Pagamento:

Bonifico bancario  Assegno  Carta di credito

Numero: \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_

Codice di sicurezza (le ultime 3 cifre sopra la firma): \_\_\_\_\_ Intestatario: \_\_\_\_\_

## Scuola Prescelta:

Tipo di corso (generale, esami) \_\_\_\_\_  Corso di gruppo (numero di lezioni/sett. \_\_\_\_\_ )  Combinato gruppo +

individuali (numero di lezioni/sett. \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ )  Gruppo Business/Executive (numero di lezioni/sett. \_\_\_\_\_ )  Solo lezioni individuali (numero) \_\_\_\_\_

Data inizio soggiorno (non corso): \_\_\_\_\_ Fine: \_\_\_\_\_ Numero di settimane: \_\_\_\_\_

Alloggio:  Nessuno  Residence/Appartamento  Famiglia Standard  Famiglia Superior  Camera Singola  Camera Doppia  Bagno Privato

Pasti:  Nessun pasto/uso cucina  Solo colazione  Colazione e cena tutti i giorni  Colazione e 3-5 cene a settimana  Pensione completa

Lei fuma?  Sì  No Gradisce bambini in famiglia?  Sì  No Gradisce animali domestici?  Sì  No E' vegetariano/a?  Sì  No

Ha problemi fisici (allergie, ecc.)? \_\_\_\_\_ Ha richieste speciali alimentari? \_\_\_\_\_

Il cliente con la sottoscrizione del presente modello dichiara di accettare il programma e le condizioni previste, confermando la propria richiesta di iscrizione. La Marshall Language Services provvederà a riconfermare le richieste sopra indicate. La prenotazione si intenderà perfezionata al ricevimento del bonifico per l'acconto, di cui preghiamo voler anticipare relativa contabile bancaria a mezzo fax, oppure alla ricezione degli estremi di carta di credito. Per eventuali rinunce alla partecipazione successive alla prenotazione, si applicherà la politica di annullamento stabilita dalla scuola stessa.

Firma del cliente per accettazione:

Data:

La informiamo che, nel rispetto della legge n.675/96, il trattamento dei Suoi dati personali e in particolare quelli relativi al Suo stato di salute (che rientrano tra i c.d. "dati sensibili" di cui all'articolo 22 della citata legge) sarà effettuato nella piena tutela del diritto di riservatezza e che verranno approntate tutte le cautele necessarie alla loro conservazione su supporto cartaceo e/o informatico e che tale conservazione avverrà per il tempo strettamente necessario.

Le rendiamo noto, inoltre, che l'acquisizione e la comunicazione a soggetti terzi dei dati riguardanti il Suo stato di salute è richiesta ai soli fini della stipula della polizza assicurativa sanitaria in Suo favore nonché in adempimento degli obblighi previsti dalle legislazioni dei Paesi in cui si svolge il nostro soggiorno ovvero dalle relative strutture di accoglienza.

In relazione al trattamento di tali dati, Ella potrà esercitare i diritti accordati dall'articolo 13 della legge n.675/96 avendo in particolare la facoltà di chiederne la loro modifica o cancellazione.