**Nome:**

**Cognome:**

**Codice fiscale:**

**Azienda/Studio Professionale/altro:**

**Telefono:**

**e-mail:**

**Iscritto all’Ordine di….**

**Non iscritto ad alcun Ordine □**

**Quota di iscrizione**:

1. **Intera □ € 200,00**
2. **ridotta per iscritti under 36 □ € 150,00**
3. **ridotta Socio aicap □ Socio CTE □ € 150,00**
4. **ridotta iscritti all’Ordine degli Ingegneri della Provincia di Brescia □ € 150,00**
5. **Ulteriore quota per la prova di Qualifica € 200,00**
6. **Ulteriore quota per la prova di Qualifica ridotta per iscritti under 36 □ € 150,00**

**Le iscrizioni vanno effettuate versando la quota ad aicap tramite bonifico bancario**

IBAN IT34 W030 6909 6061 0000 0122 854

Causale: Iscrizione al 2° Corso **per la Qualifica dello Specialista della Post-tensione**

|  |
| --- |
| ESTREMI PER ricevuta (o fatturazione) |