

SPETT.LE AIFIRM

ASSOCIAZIONE ITALIANA FINANCIAL INDUSTRY RISK MANAGERS

Io sottoscritto
titolare del corso di
presso l'università
facoltà di

richiedo che al corso sopra indicato venga assegnato il "marchio di conformità" AIFIRM. A tal fine:

1) chiedo di poter ricevere la certificazione al seguente indirizzo postale:

Nome e cognome:
Struttura/dipartimento/ecc:
Istituzione:
Via/piazza/ecc.:
CAP Città

e, in versione "pdf", al seguente indirizzo mail:

.....

2) presto il mio consenso affinché le informazioni sopra fornite vengano riportate nella sezione del sito internet AIFIRM dedicata al marchio di conformità;

3) mi impegno a comunicare ad AIFIRM eventuali modifiche del syllabo del corso sopra indicato;

4) prendo nota che il marchio di conformità potrebbe non essere rinnovato da AIFIRM in futuro, qualora dovessero subentrare modifiche al syllabo del corso sopra indicato o ai criteri stabiliti da AIFIRM.

Luogo e data:

Firma: