

**Corso per la Qualifica dello Specialista della Post-tensione  
Palermo - 5, 6,7 Novembre 2025**

**Nome:**

**Cognome:**

**Codice fiscale:**

**Azienda/Studio Professionale/altro:**

**Telefono:**

**e-mail:**

**Iscritto all'Ordine di....**

**Non iscritto ad alcun Ordine ☐**

**Quota di iscrizione al corso:**

- a) Intera ☐ € 200,00**
- b) ridotta per iscritti under 36 ☐ € 150,00**
- c) ridotta Socio aicap ☐ Socio CTE ☐ € 150,00**
- d) ridotta iscritti ad uno degli Ordini degli Ingegneri della Sicilia ☐ € 150,00**

**Quota di iscrizione alla prova di Qualifica**

- e) Intera ☐ € 200,00**
- f) 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 [Corso per la Qualifica dello Specialista della Post-tensione - Palermo](#)**

**ESTREMI DELL'INTESTATARIO DELLA RICEVUTA**

**Nome**

**Cognome/Ragione sociale**

**Indirizzo**

**Codice Fiscale /Partita IVA**