

**Spett.le Fondazione  
Museo Ebraico di  
Bologna  
Via Valdonica 1/5  
40126 Bologna**

Bologna, lì

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ c.fiscale \_\_\_\_\_  
( \_allegare fotocopia tesserino c.fiscale)\*\*p.iva \_\_\_\_\_  
tel \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

chiede di iscriversi al seminario di ebraismo del Prof. Capelli organizzato dal Museo Ebraico di Bologna.

In fede

\_\_\_\_\_  
\*\* si ricorda che i dati sono necessari al fine della fatturazione della quota di iscrizione  
La fotocopia del codice fiscale è necessaria per evitare errori nella trascrizione dello stesso nella fattura

**Modalità di pagamento: Bonifico bancario presso  
Unicredit - Agenzia Indipendenza di Bologna  
intestato a Fondazione Museo Ebraico di Bologna  
IBAN IT11S0200802513000001636266  
(specificare nella causale nome/cognome e corso a cui si intende iscriversi)**

**IL PRESENTE MODULO (UNITAMENTE A COPIA DEL CODICE FISCALE) DOVRA' ESSERE INVIATO A : amministrazione@museoebraicobo.it**