

Domanda di iscrizione

Premesso che

- Ho preso visione della informativa sulla privacy e consento al trattamento dei dati personali.
- Ai sensi e per gli effetti di cui al DPR n. 445 del 28 dicembre 2000, DICHIARO la veridicità di tutti i dati inseriti nel presente modulo.

Chiedo l'iscrizione al seguente corso

CORSO PER LA QUALIFICA PROFESSIONALE RELATIVO ALLA TRATTAZIONE DI TESTI

Dati anagrafici

Cognome:

Nome:

Nato a: il:

Codice fiscale:

Residenza e recapiti

Indirizzo:

Comune: CAP:

Telefono: Altro tel:

Indirizzo email

Email:

In data

Firma
