



Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente nel comune di _____ (____)
in via/c.da _____ CAP _____,
codice fiscale _____ recapito telefonico _____
E-mail _____

PER I PROFESSIONISTI

ISCRITTO ALL'ORDINE/COLLEGIO DEGLI _____
DELLA PROVINCIA DI _____ AL NUMERO _____

CHIEDE

Di essere iscritto/a ai corsi di formazione di:

DATI PER LA FATTURAZIONE

RAGIONE SOCIALE _____
INDIRIZZO _____
CITTA' _____ PROV. _____
CAP _____ P.IVA _____
COD. UNIVOCO _____
CODICE FISCALE _____

MODALITA' DI ISCRIZIONE

L'iscrizione al corso si completa inviando il presente modulo debitamente compilato in ogni sua parte e sottoscritto tramite e-mail all'indirizzo: *provenzano.matteo@gmail.com*

Al presente modulo dovrà essere allegata:

- copia di un documento di riconoscimento del corsista in corso di validità;

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:

In conformità al D.Lgs. 196/2003 esprimo il consenso al trattamento dei dati personali. I dati inseriti saranno utilizzati negli stretti limiti del perseguimento delle medesime finalità per le quali i dati sono stati raccolti. I dati saranno conservati con la massima riservatezza e non verranno divulgati.

Firma

Luogo e data _____
