



Modulo d'iscrizione
CORSO DI FORMAZIONE mod.B/C

Per Addetti al Primo Soccorso 12 ore

COGNOME E NOME _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

RESIDENZA _____ PROV. _____

VIA _____ N. _____

Codice fiscale _____

RECAPITI TELEFONICI (azienda): _____

RECAPITI TELEFONICI (corsista): _____

AZIENDA _____

E-MAIL _____ P.IVA _____

SETTORE _____

POSIZIONE IN AZIENDA _____

INTESTAZIONE fattura _____

N. DIPENDENTI _____ Attività _____

DICHIARA

- Di essere in possesso del seguente titolo di studio _____
- di impegnarsi a pagare la quota di partecipazione al Corso corrispondente a € 150,00
- di impegnarsi a saldare la quota entro la 1^a lezione dall'inizio del corso , pena l'esclusione in caso d'inadempimento .
- Esprimo consenso, ai sensi del D.LGS. 196/03, al trattamento dei dati da me forniti

Firma
