CORSO DI FORMAZIONE MOD. A/B/C

Per Addetti al Primo Soccorso 16 ore

SCHEDA DI ADESIONE

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 € 180,00**
- **di impegnarsi a saldare la quota entro la 1^ 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

_____