Spett. Ente di Formazione FORMAZIONE & PROGRESSO

Via Tito Schipa 29 – 73015

Salice Salentino(LE)

**Oggetto:** domanda di iscrizione al Corso professionale **“RICOSTRUZIONE UNGHIE METODO GEL”**

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome

Nato a il

Residente a prov. CAP

Via n. Telefono

Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titolo distudio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Stato occupazionale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

di poter essere ammess a partecipare al suddetto corso di formazione della durata di 100 ore.

Disponibilità frequenza corso:

 dal lunedì al venerdì dal lunedì al sabato

 mattina pomeriggio

|  |
| --- |
| NOTE (specificare ulteriori esigenze |
|  |
|  |
|  |

Si allega allapresente:

****copia documento di riconoscimento in corso divalidità;

****copiadel codice fiscale.

Autorizzazione ex Decreto Legislativo n.196/03

1. Il sottoscritto, ai sensi e per gli effetti del Decreto Legislativo n. 196/2003 sulla tutela dei dati personali, autorizza l’Ente Formazione &Progresso a raccogliere e custodire nella propria banca dati utenti tutti i dati contenuti nel presente modulo, a trattare i propri dati ed a cederli ad Enti promotori di servizi di orientamento eformativi.
2. Al riguardo competono al sottoscritto tutti i diritti previsti dal suddetto decretolegislativo.
3. Il sottoscritto si assume ogni responsabilità relativamente ai dati inseriti nel presentemodulo.

(Luogoe data) (Firma)