

Modulo di iscrizione

**CORSO DI FORMAZIONE PER
ASSISTENTE STUDIO ODONTOIATRICO**

PARTECIPANTE

Cognome		Nome	
Luogo di nascita		Data di nascita	
Città di residenza		Indirizzo	
Titolo di studio		Professione	
e-mail		Cell.	

DATI PER LA FATTURAZIONE O SOCIETÀ DI APPARTENENZA (non obbligatorio)

Ragione sociale		P. IVA / C.F.	
Città		Indirizzo	
e-mail		Telefono	

SI CHIEDE l'iscrizione al suddetto corso di formazione della durata di 700 ore.

Quota di partecipazione e modalità di pagamento:

L'interessato dovrà versare:

	DATA	FIRMA
Acconto pari a..... al momento dell'iscrizione al corso;		
Quota pari a		
Saldo pari a.....		

Si allega alla presente:

- Copia documento di riconoscimento in corso di validità;
- Copia del codice fiscale;
- Copia del titolo di studio.

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 e formativi.
2. Al riguardo competono al sottoscritto tutti i diritti previsti dal suddetto decreto legislativo.
3. Il sottoscritto si assume ogni responsabilità relativamente ai dati inseriti nel presente modulo.

Data:

FIRMA
per accettazione