

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 | |

CHIEDE

Di iscriversi al Corso di qualifica professionale *“Assistente di Studio Odontoiatrico”* della durata di 700 (di cui 300 ore di formazione d’aula e esercitazione e 400 ore di tirocinio formativo) da svolgersi presso la sede di **FORMAZIONE & PROGRESSO – via T. Schipa 29 - Salice Sal. (Le).**

Quota di partecipazione e modalità di pagamento:

Il costo del corso comprensivo dell’esame finale è di € 1.800,00. L’interessato dovrà versare:

| | DATA | FIRMA |
|--|------|-------|
| Acconto pari a €..... al momento dell’iscrizione al corso; | | |
| 1°Rata pari a € | | |
| 2°Rata 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.

Luogo e data _____ **FIRMA** _____

Io sottoscritto..... dichiaro di aver preso visione dell’informativa sulla Privacy, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 sulla tutela dei dati personali, ed autorizzo 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 per fini istituzionali.

Luogo e data _____ **FIRMA** _____