

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** _____