

**Modulo di iscrizione CORSO DI FORMAZIONE PER
ASSISTENTE STUDIO ODONTOIATRICO**

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

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

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

CHIEDE

Di iscriversi al Corso di qualifica professionale “*Assistente di Studio Odontoiatrico*” della durata di 700 (di cui 300 ore di formazione d’aula ed esercitazioni e 400 ore di tirocinio formativo) da svolgersi presso la sede di **FORMAZIONE & PROGRESSO – via T. Schipa 29 1 P - Salice Sal. (LE)**.

Quota di partecipazione e modalità di pagamento:

Il costo del corso rateizzabile comprensivo dell’esame finale è di € 1.600,00*. Il Partecipante dovrà versare:

	DATA	FIRMA
<u>Acconto</u> pari a € 100,00.al momento dell’iscrizione al corso;		
1° Rata pari a € 500,00 il 1° giorno di inizio attività didattica		
2° Rata pari a € 500,00 entro il secondo mese di attività didattica		
Saldo pari a € 500,00 entro la chiusura dell’attività didattica		
<i>Altro</i> dettagliare modalità		

Si allega allapresente:

- Copia documento di riconoscimento in corso di validità e copia cod. fiscale;
- Copia del titolo di studio.

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** _____

***AGEVOLAZIONE Il costo dell’intero corso è pari a € 1.500,00** qualora il partecipante dovesse versare l’intera quota di iscrizione entro il 1 giorno di attività didattica.

Si rammenta che qualora il partecipante, dovesse rinunciare al proseguimento del corso ed abbia frequentato almeno il 25% delle ore didattiche/teoria (pari a 75 ore), il partecipante si impegna a versare l’intero importo ad Associazione Formazione & Progresso, la quale emetterà regolare ricevuta/fattura, che se non specificato diversamente dovrà essere pagato a rimessa diretta

Luogo e data _____ **FIRMA** _____