

**Modulo di iscrizione CORSO DI FORMAZIONE per
Aggiornamento “ASSISTENTE STUDIO ODONTOIATRICO”**

Cognome		Nome	
Luogo di nascita		Data di nascita	
Città di		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 aggiornamento per la qualifica professionale “*Assistente di Studio Odontoiatrico*” della durata di **10 ore** da svolgersi presso la sede di **FORMAZIONE & PROGRESSO – via T. Schipa 29 1 P - Salice Sal. (LE)**, **qui di seguito contrassegnato:** (Contrassegnare il corso di interesse)

- I° Edizione: Sabato 06/07/2019 – Sabato 13/07/2019
- II° Edizione: Sabato 14/09/2019 – Sabato 28/09/2019

Quota di partecipazione e modalità di pagamento:

Il costo del corso di aggiornamento è di € 70,00.

Il Partecipante dovrà versare l'intero importo all'avvio del corso prescelto.

Si allega alla presente:

- Copia documento di riconoscimento in corso di validità
- Copia cod. fiscale;
- Modello C2 Storico rilasciato dal CPI per documentare l'attività lavorativa svolta.

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** _____