

Da trasmettere a mezzo fax 0922-1836075
DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CORSO PER

(inserire denominazione e codice corso)

DATI ANAGRAFICI PARTECIPANTE:

Il/La sottoscritto/a (cognome) (nome)

nato/a a (luogo) (prov.) (data)

residente a (luogo) (prov.) **in Via** (indirizzo e n.)

Telefono (recapiti telefonici) **Titolo di Studio** (Licenza Media - Diploma - Laurea)

C.F. (Codice Fiscale) **E-mail** @

DATI FATTURAZIONE:

(azienda/ditta/ente) (recapiti telefonici)

(indirizzo, n. civico e sede) (P.IVA)

C H I E D E di partecipare al corso meglio sopra specificato e gestito da Codesta Amministrazione. Pertanto, dichiara di aver preso visione delle informazioni generali, del programma formativo e delle modalità di svolgimento del corso.

Il pagamento potrà essere effettuato a mezzo assegno o bonifico bancario intestato a: I.So.R.S. - Istituto Sociale di Ricerche e Studi presso
IBAN: IT88 S051 3282 9307 7057 0316 800

FIRMA

IL/ sottoscritto/a firmando esprime il consenso al trattamento dei propri dati, qualificati come personali, come stabilito dall'art. 13 del D.Lgs. 20/06/2003, n. 196. Titolare del trattamento è: I.So.R.S. Via Lombardia n 50 - 92100 Agrigento P.IVA 02523540843 - www.isors.it

FIRMA

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA: a) copia documento di riconoscimento; b) copia codice fiscale; - c) titolo di studio.