

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Cognome _____ Nome _____
Nato a _____ (_____) il _____
Residente a _____ (_____) in via _____ n. _____
C.Fiscale _____ Cellulare _____
Titolo di studio _____ Professione _____

CHIEDE DI PARTECIPARE AL CORSO DI FORMAZIONE PER ADDETTO AI SERVIZI DI CONTROLLO

Il corso ha la durata di **90 ore**.

La quota di partecipazione è pari ad Euro **430,00** (+ Iva.)

La quota di iscrizione dovrà essere versata secondo le seguenti modalità:

100% della quota entro e non oltre l'inizio della prima lezione del corso

- 50,00€ preiscrizione al momento dell'adesione ;
- 237,00€ entro l'inizio del corso
- 119,00€ a metà corso e 119,00€ alla fine del corso

Al termine del corso dopo aver frequentato almeno IL 90% del monte ore previste verrà rilasciato un attestato di frequenza per l'Abilitazione Regionale

NB. Per l'emissione della fattura:

Ragione Sociale: _____

Indirizzo _____ Cap _____

Città _____ (_____) P. IVA / C.F. _____

A titolo di conferma si consegna in data odierna la cifra di € _____, __ come acconto.

Firma

Luogo, _____

Data, _____

Presto consenso al trattamento dei miei dati personali ai sensi della legge sulla privacy D.Lgs n.196 del 30/06/2003

Per ricevuta - Unioncoop

Luogo, _____

Firma _____

Data, _____