

Domanda di iscrizione

Premesso che

- ☐ Ho preso visione della informativa sulla privacy e consento al trattamento dei dati personali.
- ☐ Ai sensi e per gli effetti di cui al DPR n. 445 del 28 dicembre 2000, DICHIARO la veridicità di tutti i dati inseriti nel presente modulo.

Chiedo l'iscrizione al seguente corso

**CORSO PER LA QUALIFICA PROFESSIONALE RELATIVO ALLA
TRATTAZIONE DI TESTI**

Dati anagrafici

Cognome: _____

Nome: _____

Nato a: _____ il: _____

Codice fiscale: _____

Email: _____

Residenza e recapiti

Indirizzo: _____

Comune: _____ CAP: _____

Telefono: _____ Cellulare: _____

In data

Firma
