

Inviare a: Associazione Casa del Sole fax. 0376/479735
MODULO DI ISCRIZIONE

CorsoData.....

Cognome.....

Nome.....

Residenza..... Prov ()

Via..... N.....

C.A.P..... Tel.

Cellulare.....

E-mail.....@.....

Ente di appartenenza.....

.....

Qualifica.....

Data..... Firma.....

(Con la presente Vi autorizzo al trattamento dei miei dati, ai sensi Codice privacy DLgs.
196/2003)

Da compilare obbligatoriamente solo per chi è interessato ad ottenere i crediti E.C.M.

Luogo di nascita..... Prov ()

Data di nascita.....

Cod. Fiscale.....

Titolo di Studio.....

Servizio.....

Richiedo i crediti come:

.....