

Inviare il modulo completo di avvenuto pagamento al fax 081.7312678

Per informazioni: telefonare al 081.5730365 – segreteria@iform.it

Dati personali

Nome e Cognome	_____		
Luogo e data di nascita:	_____		
Codice Fiscale:	_____		
Residenza: via	_____	N°	_____
Città:	_____	Cap:	Prov.:
Telefono:	casa _____	uff. _____	cell. _____
Indirizzo e-mail:	_____@_____	Fax	_____

Titolo di studio conseguito _____

Vi confermano la richiesta di iscrizione al corso di formazione on line:

codice	Denominazione del corso	importo

Modalità di pagamento:

allego copia bonifico Bancario effettuato sul c/c 002791 ABI 3239 CAB 7200 CIN K
su CREDEM Filiale di Arzano – intestato a: **CONSORZIO IFORM** - effettuato in data _____

Solo per Enti pubblici e professionisti

Condizione professionale :

- Dirigente Lav. Dipendente/Collaboratore
 Funzionario Libero professionista

Ente/Azienda di appartenenza - Dati per la fatturazione

Nome	_____		
Ente/Azienda/Studio	_____		
Indirizzo	_____	N°	_____
Cap	_____	Provincia	_____
Telefono	_____	Fax	_____
Indirizzo e-mail	_____		
Ruolo ricoperto	_____		
Codice fiscale e/o Partita Iva:	_____		
Eventuali note:	_____		

FIRMA

Per i minori di 18 anni firma del genitore o di chi ne esercita la tutela _____

Autorizzazione al trattamento dei dati personali L. 196/2003

Il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 della legge 196/2003, che i dati forniti verranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Dichiara inoltre di essere a conoscenza del fatto che tali dati saranno comunicati ad altri soggetti nel caso in cui il progetto sia finanziato da terzi e o sia previsto uno stage. -- Per i minori di 18 anni firma di un genitore o di chi ne esercita la tutela

In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento dei dati, ai sensi dell'art.7 del D.lgs.196/2003.

data _____