CEFIPFORM
CENTRO FORMAZIONE PROFESSIONALE

MODULO PER L'ISCRIZIONE AI CORSI LIBERI

COGNOME _____

NOME _____

LUOGO DI NASCITA _____ PROV (_____)

DATA DI NASCITA _____/_____/_____ CODICE FISCALE _____

NAZIONALITA' _____

RESIDENZA – VIA _____

DOMICILIO – VIA _____

CAP _____ CITTA' _____ PROV. _____

RECAPITO TEL. _____ CELL. _____

EMAIL _____

DIPLOMA /ANNO / ISTITUTO _____

_____

CHIEDE

DI ESSERE ISCRITTO A FREQUENTARE IL CORSO LIBERO DI:

Qualificazione per AGENTE E RAPPRESENTANTE DI COMMERCIO

Allega alla presente la seguente documentazione:
. fotocopia documento di identità (fronte e retro);
. fotocopia codice fiscale,
. fotocopia conforme all'originale permesso di soggiorno (solo per i cittadini stranieri).
. fotocopia bonifico pagamento e fotocopia titolo di studio

Dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie sopra riportate sono veritiere.
(art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Autorizzo l'ente al trattamento dei dati personali , ai sensi del D.lgs. 196 del 30 giugno 2003

N.B Il corso deve essere completato entro 120 giorni dalla ricezione delle credenziali - pena esclusione senza rimborso

N.B. si perde diritto al rimborso della quota d' iscrizione alla ricezione delle credenziali d'accesso
N.B. Trascorsi 8gg dall'inizio, in caso di ripensamento, è fatto obbligo di saldare TUTTO L'INTERO IMPORTO previsto all'atto dell'iscrizione.

FIRMA

_____