

MODELLO DI ISCRIZIONE CORSI

Compilare ed inviare a:

Spett.le
EBCM PESCARA
VIA A. MORO 1
65129 PESCARA
info@ebcmpescara.it

Cognome _____ **Nome** _____
Nato/a a _____ Prov _____ Data nascita ____ / ____ / ____
Cittadinanza _____ Sesso M F
Residente a _____ CAP _____ Prov _____
Via _____ N _____ Tel _____
Indirizzo e-mail _____
Codice fiscale _____

Dipendente o titolare dell'Azienda _____
Località _____ Prov _____ CAP _____
Via _____ n _____
Tel _____ fax _____ e-mail _____
Con la qualifica/mansione di _____

INTENDE PARTECIPARE AL CORSO DI:

- _____ del ____ / ____ / ____
- _____ del ____ / ____ / ____
- _____ del ____ / ____ / ____
- _____ del ____ / ____ / ____

SI ALLEGA COPIA ULTIMO VERSAMENTO CONTRIBUTO EBCM PESCARA

Luogo e data _____ **Firma** _____

Autorizzo al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003

Luogo e data _____ **Firma** _____