

	Documento di Registrazione	N°
	SCHEDA DI ISCRIZIONE	DATA
		COD. CORSO:

CORSO PER ALIMENTARISTI IN SOSTITUZIONE DEL LIBRETTO SANITARIO

IL SOTTOSCRITTO _____
 C.F. _____ .NATO A _____ il _____
 RESIDENTE IN _____ CAP. _____
 VIA _____
 TEL. _____ CELL. _____
 MANSIONE _____

DATI PER LA FATTURAZIONE:

AZIENDA: _____
 SEDE: _____
 PARTITA IVA: _____

CHIEDE

DI POTER PARTECIPARE AL CORSO A B DELLA DURATA DI _____ ORE

MATTINA O POMERIGGIO

ACCONTO EURO _____

SALDO EURO _____ A CONCLUSIONE CORSO

La data del corso verrà comunicata direttamente tramite telefono.

CAMPOBASSO, _____

FIRMA
