

Corso alta formazione A.b.a.

Scheda di iscrizione

Nome _____ Cognome _____

Via _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Professione _____

Cod. fiscale o Partita IVA: _____

e-mail _____

Tel. _____ Cell. _____

Data _____

Ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 sulla privacy e successive modificazioni, acconsento che i dati personali vengano conservati negli archivi della Cooperativa SOLE per la sua natura organizzativa e per gli scopi sociali.

Firma del richiedente
