
CORSO DI FORMAZIONE PER LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ FUNEBRE

SCHEMA DI PRE-ISCRIZIONE

| | |
|--|--|
| RAGIONE SOCIALE AZIENDA <i>ovvero</i> NOME COGNOME | |
| LEGALE RAPPRESENTANTE | |
| INDIRIZZO | |
| TEL / FAX / MAIL | |
| P. IVA / C.F. | |

CHIEDE

per i seguenti partecipanti la pre-iscrizione al corso (la cui data e sede saranno successivamente comunicate) impegnandosi a versare la relativa quota di partecipazione al momento della conferma e attivazione del corso.

| |
|---|
| PREFERENZA SEDE: <input type="checkbox"/> PADOVA <input type="checkbox"/> TREVISO |
|---|

| COGNOME | NOME | NATO | |
|---------|------|------|----|
| | | a | il |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

La sottoscrizione del presente modulo autorizza, ai sensi del Dlgs 196/03, l'uso dei dati da parte dell'organizzatore del corso esclusivamente per finalità istituzionali, con l'esclusione di qualsiasi diffusione o comunicazione a soggetti terzi.

Data, _____

Timbro e Firma per accettazione
