

SPETT.LE
ARSARP
Via G.Vico, n.4
CAMPOBASSO

DOMANDA DI PRE-ISCRIZIONE CORSO DI FORMAZIONE

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Residente a _____

Alla Via _____

Tel. _____ email _____

Codice Fiscale _____

Titolo di studio _____

Professione _____

C H I E D E

Di partecipare al corso “(*).....”

Organizzato dall'ARSARP dal _____ al _____

Si impegna prima dell'attivazione del corso a versare sul CC Postale N. **001032982751** ovvero a mezzo Bonifico al seguente IBAN **IT82 A076 0103 8000 0103 2982 751** intestato ad ARSARP, la somma di € 20,00 quale quota di iscrizione al corso e riportare come causale il nome del corso e il nominativo del corsista.

Con la presente, inoltre, autorizza il trattamento dei miei dati personali, ai sensi del D.lgs. 196 del 30 giugno 2003, per le finalità connesse alla partecipazione al corso.

Data,

FIRMA

* in caso non sia stata fissata la data lasciare in bianco

Per informazioni contattare l' ARSARP:

dr. Salvatore Ciocca tel. 0874403257 e-mail salvatore.ciocca@arsarp.it