

DOMANDA D'ISCRIZIONE

Compilare in stampatello in tutte le sue parti e inviare insieme alla ricevuta di pagamento

COGNOME

NOME

LUOGO E DATA DI NASCITA

.....

ENTE O SOCIETÀ

VIA

N. CIVICO CAP

CITTÀ

PROVINCIA

TEL. FAX

INDIRIZZO E-MAIL

CODICE FISCALE (obbligatorio)

PARTITA IVA

TITOLO DI STUDIO

.....

CONSEGUITO PRESSO

.....

QUALIFICA

I dati personali degli iscritti verranno custoditi dall'Associazione R.M.P. e dalla Società Unipersonale New Cosar srl nel rispetto di quanto stabilito dalla legge sulla privacy.

Con la presente autorizzo il trattamento dei miei dati personali.

Data

Firma