



C.A.T. CONFCOMMERCIO LECCE S.r.l.
Centro di Assistenza Tecnica

CORSI DI FORMAZIONE

SCHEMA DI ISCRIZIONE

Preso visione delle condizioni di partecipazione chiedo di essere iscritto al corso di seguito indicato organizzato da codesta società ai sensi del R.R. N° 8 del 15/03/2015:

(indicare la casella del corso di formazione che s'intende frequentare)

- 1) CORSO PER DIRETTORE AGENZIA FUNEBRE: 50 ORE
- 2) CORSO D'AGGIORNAMENTO PER DIRETTORE AGENZIA FUNEBRE: 30 ORE
- 3) CORSO PER OPERATORE FUNEBRE: 40 ORE
- 4) CORSO D'AGGIORNAMENTO PER OPERATORE FUNEBRE: 25 ORE

DATI PARTECIPANTE:

Cognome e Nome: _____

Luogo e data di Nascita: _____

Residenza: _____ CAP _____ Via : _____

In possesso del titolo di studio di _____

Telefono: _____ Fax: _____ Cellulare: _____

e mail : _____ Commercialista: _____

DATI FATTURAZIONE:

DENOMINAZIONE DITTA/SOCIETA' _____

Via _____ città _____

Codice Fiscale: _____ P.I. _____

Con la sottoscrizione della presente scheda di iscrizione, mi impegno a versare la quota di partecipazione al suindicato corso pari a € entro il primo giorno del corso.

Ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 – art. 13 sulla tutela dei dati personali, autorizzo con la presente il trattamento dei miei dati.

Data _____

Firma _____