



ISCRIZIONE CORSO DOLL – THERAPY 14 GENNAIO 2017

Cognome Nome

E-mail

Codice fiscale

Luogo di nascita.....(.....) Data di nascita.....

Residente a via..... n° CAP.....

Tel. ab Tel. Lavoro Cellulare

Ente e Indirizzo istituzionale

.....

Titolo di studio Qualifica

Con la compilazione della presente scheda autorizzo Il Sostegno Cooperativa Sociale a inserire i dati forniti nei propri archivi. Il Sostegno si impegna a non divulgare tali informazioni a terzi per fini commerciali. In base alla legge n. 196 del 2003, Lei potrà chiedere in qualsiasi momento di correggere, aggiornare o cancellare i Suoi dati personali in nostro possesso. A tal fine dovrà inviare comunicazione all'indirizzo e-mail .

Data ___ / ___ / ___

Firma _____

QUOTA D'ISCRIZIONE € 120.

LA QUOTA PUO' ESSERE VERSATA CON LA SEGUENTE MODALITA':

BONIFICO BANCARIO INTESTATO A "IL SOSTEGNO COOPERATIVA SOCIALE"

CODICE IBAN IT90S0335901600100000146991

CAUSALE – ISCRIZIONE CORSO DOLL THERAPY 14 GENNAIO 2017 –

La ricevuta va inoltrata via Mail a il.sostegno@libero.it o via Fax al n. 02-26117850

IL SOSTEGNO