



Centro di Formazione Etrusco

COOPERATIVA SOCIALE "MISERICORDIA MONTE SAN SAVINO"

Corso per

Addetto
Assistente
Familiare

Modulo d'Iscrizione

NOME _____ COGNOME _____

DATA di NASCITA _____ LUOGO di NASCITA _____

CITTADINANZA: Italiana Straniera

se italiana

- Carta d'identità n° _____
- Rilasciata da _____
- Valida fino al _____

se straniera

- Permesso / carta di soggiorno n° _____
- Data di rilascio _____
- Valida fino al _____

INDIRIZZO _____

RECAPITI TELEFONICI _____ - _____ E-MAIL _____

TITOLO di STUDIO POSSEDUTO: _____

SITUAZIONE LAVORATIVA: Occupato Disoccupato

MODALITA' di PAGAMENTO della RETTA: Contanti Versamento su C/C Bancario o Postale
 In unica soluzione Rateizzato*

(3 rate, la prima all'iscrizione, altre due nei due mesi successivi, durante lo svolgimento del corso)

Data _____

Firma per accettazione

Io sottoscritto/a acquisite le informazioni di cui all'art. 10 della legge 675/96 e presa visione dell'informativa della Misericordia ai sensi dell'art. 11 della legge stessa, acconsento al trattamento dei dati personali contenuti nel presente documento.

In fede

.....

Edizione del corso richiesta: ____ / ____ / ____

Sono consapevole che l'attivazione del corso nell'edizione da me prescelta sarà subordinata al raggiungimento di un numero minimo di iscritti.

Per presa visione