

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Il/La Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ Residente a _____

In Via _____ n° _____ C.A.P. _____

Tel. Abitazione _____ Cell. _____

Codice Fiscale _____

Chiede di essere ammesso/a a frequentare il corso di :

Dichiara di essere in possesso di:

- Laurea
- Diploma
- Diploma di specializzazione biennale
- Licenza media

Il sottoscritto/a _____ autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi della Legge 675/96.

.....
(data e firma leggibile)