

SPETT. ARSARP  
VIA G. VICO, 4  
86100 CAMPOBASSO

DOMANDA DI PRE-ISCRIZIONE CORSO DI FORMAZIONE

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... il .....  
residente a .....  
via .....  
Tel. .... e-mail .....  
Codice fiscale .....  
Titolo di studio .....  
Professione .....

CHIEDE

Di poter partecipare al corso \* .....  
Organizzato dall'ARSARP dal ..... al .....

Si impegna prima dell'attivazione del corso a versare sul CC Postale N. 001032982751 ovvero a mezzo Bonifico al seguente IBAN IT 62 R 02008 03813 000105483272 intestato ad ARSARP, la somma di € 20,00 quale quota di iscrizione al corso e riportare come causale il nome del corso e il nominativo del corsista.

Con la presente, inoltre, autorizzo il trattamento dei miei dati personali, ai sensi del D.lgs. 196 del 30 giugno 2003, per le finalità connesse alla partecipazione al corso.

Data

.....

Firma

\* indicare il nome del corso