

ISCHEDA di ISCRIZIONE EVENTI FORMATIVI AZIENDALI - ANNO 2009

ISegreteria Formazione

ITel 0403882133/134 - Fax 0403882600

E- mail casa.emmaus@libero.it

Titolo Evento: Case di Riposo e Responsabilità Professionale

Data: 06 novembre 2009

Cognome: _____ Nome: _____

Nato/a a _____ il _____ / _____ / _____

Indirizzo _____

Città _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Codice fiscale Tel. _____ Cell. _____ E-mail _____

Titolo di studio/Qualifica professionale _____

Disciplina _____

(va indicata solo nel caso di medici, ed è relativa alla disciplina in cui il professionista opera)

Struttura _____

Fatturare a: **Partecipante** **Ente/Ditta** (indicare i dati fiscali)

Rag. Soc. _____

Indirizzo _____

Città _____ Prov. _____

_____ C.A.P. _____

Part. IVA

QUOTE DI PARTECIPAZIONE

Versamento di € 20,00 Euro (Compreso iva) Causale: corso CdiR e Responsabilità Professionale

BANCA DI CREDITO COOPERATIVO DI STARANZANO SUCC. TRIESTE CHIARBOLA

Via Pirano, 12 – 34100 TRIESTE

Codice IBAN: IT 87 B 08877 02202 000000312278

C/C intestato a COMUNITA' EDUCANTE soc. coop. sociale – ONLUSLe iscrizioni devono essere inviate tramite fax al n°

0403882600 complete di tutti i dati richiesti e copia della ricevuta del pagamento tassativamente entro il

30.10.2009

ISCRIZIONI INCOMPLETE O PERVENUTE IN RITARDO NON SARANNO ACCETTATE

Firma

del Partecipante _____

Consapevole delle sanzioni civili e penali previste richiamate all'art. 26 L. 4 gennaio 1968, n° 15 si dichiara che i dati riportati corrispondono allo stato reale della persona, che autorizza espressamente al trattamento dei dati personali all'unico scopo della gestione amministrativa e organizzativa di erogazione di attività formative così come previsto del D.Lgs. 196/2003.

Firma per accettazione _____