



Community di Formazione

# CORSO PERSONALE ALIMENTARISTA



Istituto Cenide

COGNOME E NOME	_____
LUOGO DI NASCITA	_____ PROVINCIA _____
DATA DI NASCITA	_____
CODICE FISCALE	_____
TITOLO DI STUDIO	_____
PROFESSIONE	_____
TELEFONO FISSO	_____ CELL. _____
INDIRIZZO EMAIL	_____

**Chiede di essere iscritto al corso per:**

“CORSO PERSONALE ALIMENTARISTA ”

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Ore 12

Ore 8

Dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie sopra riportate sono veritiere.

(art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Autorizza al trattamento dei dati personali, ai sensi del D.lgs. 196 del 30 giugno 2003.

Aderisce a titolo gratuito alla Associazione “Istituto CENIDE”, il cui statuto è consultabile all'indirizzo:

[www.istitutocenide.it](http://www.istitutocenide.it)

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Allega alla presente, la seguente documentazione:

- Fotocopia (fronte e retro) documento di identità e codice fiscale
- Fotocopia bonifico intestato a:

**Istituto CENIDE**

**Via Salvo D'Acquisto, 3 – 89018 Villa San Giovanni (Rc)**

**C/C N.3091 IBAN: IT18F031118162000000003091**

**Causale: Contributo attività formative Corso Personale Alimentarista Cod. F/2017**