



Istituto CENIDE
www.istitutocenide.it

DOMANDA ISCRIZIONE ai Corsi di Formazione

erogati da Partners e/o Enti Autorizzati e/o in
regime di convene con l'Associazione
Istituto CENIDE



www.istitutocenide.it
Formazioneonline 

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:

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**

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 per Corso _____ *

indicare la denominazione del Corso