

L'Accademia I.e F.P. Soc. Coop. Sociale ONLUS				
SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'		MODULO		
PRE ISCRIZIONE CORSO		Rev.	Data	Pag.
SICUREZZA SUL LAVORO – CORSO PRIMO SOCCORSO AZIENDALE Cat. B-C 12 ORE		01	2017-06	1 di 1
Nominativo				
Codice fiscale		Data di nascita		
Residente a		Provincia		
Telefono cellulare		Telefono fisso		
Mail di riferimento				

conferma la PRE-ISCRIZIONE al/ai seguenti corsi:

CORSO	SESSIONE

Indicare il corso interessato

Indicare la data scelta

SI IMPEGNA INOLTRE A:

- Frequentare il corso per almeno il 90% (novanta) del monte ore stabilito
- Consegnare puntualmente tutta la documentazione richiesta prima dell'inizio del corso
- Comunicare all'ente qualunque modifica relativa a residenza e/o domicilio e ai recapiti telefonici
- Comunicare la rinuncia al corso per tempo utile (almeno 10 giorni antecedenti l'inizio del corso)
- Completare il processo di iscrizione almeno 10 (dieci) giorni antecedenti la data di inizio del corso

L'iscrizione è subordinata alla verifica dei requisiti previsti per l'accesso al corso scelto. L'accettazione della stessa è comunicata direttamente alla persona interessata entro 10 (dieci) giorni antecedenti l'inizio del corso. In caso di mancanza dei requisiti l'eventuale quota di iscrizione sarà restituita.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali, ai sensi del D.lgs. 196 del 30 giugno 2003

Data

FIRMA PER ACCETTAZIONE

.....

SPAZIO RISERVATO L' ACCADEMIA I. e F.P. onlus

<i>Data di ricezione della pre-iscrizione</i>	
<i>Convalida pre-iscrizione</i>	
<i>Note</i>	
<i>Operatore validante</i>	