

SPETT. ARSARP
VIA G. Vico, 4
86100 Campobasso

DOMANDA DI PRE ISCRIZIONE CORSO

Il/la sottoscritto/a.....
nato/a a.....il

residente a

alla via.....

Tele-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 **IT82 A076 0103 8000 0103 2982 751** intestato ad ARSARP, la somma di € 20,00 quale quota di iscrizione al corso e riportare come causale "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

* in caso non sia stata fissata la data lasciare in bianco

Per informazioni contattare l' ARSARP:

dr. Salvatore Ciocca tel. 0874403227 e-mail salvatore.ciocca@arsarp.it