



**C.A.T. CONFCOMMERCIO LECCE** S.r.l.  
Centro di Assistenza Tecnica

## CORSI DI FORMAZIONE

# SCHEMA DI ISCRIZIONE

**Presa visione delle condizioni di partecipazione chiedo di essere iscritto al corso di seguito indicato organizzato da codesta società ai sensi del R.R. N° 8 del 15/03/2015:**

(indicare la casella del corso di formazione che s'intende frequentare)

- 1) CORSO PER DIRETTORE AGENZIA FUNEBRE: 50 ORE  
 2) CORSO PER OPERATORE FUNEBRE: 40 ORE

### DATI PARTECIPANTE:

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_

Luogo e data di Nascita: \_\_\_\_\_

Residenza: \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via : \_\_\_\_\_

In possesso del titolo di studio di \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Cellulare: \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

e mail : \_\_\_\_\_ Commercialista: \_\_\_\_\_

### DATI FATTURAZIONE:

DENOMINAZIONE DITTA/SOCIETA' \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ P.I. \_\_\_\_\_

Con la sottoscrizione della presente scheda di iscrizione, mi impegno a versare la quota di partecipazione al suindicato corso pari a €. .... entro il primo giorno del corso.

Ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 – art. 13 sulla tutela dei dati personali, autorizzo con la presente il trattamento dei miei dati.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_