

SCHEDA DI ISCRIZIONE NOMINATIVA PER AZIENDE

TITOLO CORSO

(Riportare il titolo del corso di interesse come da catalogo)

Compilare cortesemente il presente modulo, in ogni sua parte, ed inviarlo firmato a mezzo fax al n. **0166.521907** o per e-mail all'indirizzo cnos.chatillon@tiscali.it

SEZIONE N.1 - DATI AZIENDA

Azienda (nominativo / rag. sociale) _____
 Indirizzo sede legale (Via, P.zza, Fraz...) _____
 Città _____ Cap _____ Prov. (____)
 Tel. _____ Fax _____ Cell. _____
 E-mail (obbligatoria ed in stampatello) _____
 Codice fiscale _____ Partita IVA _____

Sezione n.2 - DATI PERSONALI DEI PARTECIPANTI

(Compilazione obbligatoria)

Cognome _____ Nome _____
 Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Prov. (____)
 Codice Fiscale (obbligatorio ed in stampatello) _____
 Tel. _____ Cell. _____ E-mail (in stampatello) _____

Cognome _____ Nome _____
 Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Prov. (____)
 Codice Fiscale (obbligatorio ed in stampatello) _____
 Tel. _____ Cell. _____ E-mail (in stampatello) _____

Cognome _____ Nome _____
 Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Prov. (____)
 Codice Fiscale (obbligatorio ed in stampatello) _____
 Tel. _____ Cell. _____ E-mail (in stampatello) _____

Cognome _____ Nome _____
 Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Prov. (____)
 Codice Fiscale (obbligatorio ed in stampatello) _____
 Tel. _____ Cell. _____ E-mail (in stampatello) _____

Cognome _____ Nome _____
 Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Prov. (____)
 Codice Fiscale (obbligatorio ed in stampatello) _____
 Tel. _____ Cell. _____ E-mail (in stampatello) _____

Cognome _____	Nome _____	
Data di nascita _____	Luogo di nascita _____	Prov. (____)
Codice Fiscale (obbligatorio ed in stampatello) _____		
Tel. _____	Cell. _____	E-mail (in stampatello) _____

Cognome _____	Nome _____	
Data di nascita _____	Luogo di nascita _____	Prov. (____)
Codice Fiscale (obbligatorio ed in stampatello) _____		
Tel. _____	Cell. _____	E-mail (in stampatello) _____

Cognome _____	Nome _____	
Data di nascita _____	Luogo di nascita _____	Prov. (____)
Codice Fiscale (obbligatorio ed in stampatello) _____		
Tel. _____	Cell. _____	E-mail (in stampatello) _____

Cognome _____	Nome _____	
Data di nascita _____	Luogo di nascita _____	Prov. (____)
Codice Fiscale (obbligatorio ed in stampatello) _____		
Tel. _____	Cell. _____	E-mail (in stampatello) _____

Cognome _____	Nome _____	
Data di nascita _____	Luogo di nascita _____	Prov. (____)
Codice Fiscale (obbligatorio ed in stampatello) _____		
Tel. _____	Cell. _____	E-mail (in stampatello) _____

SEZIONE N. 3 - DATI PER LA FATTURAZIONE

Come da SEZIONE N.1 altro _____

SEZIONE N. 4 - MODALITA' DI PAGAMENTO

Nota Bene: Da effettuarsi in seguito alle nostre indicazioni

Bonifico bancario intestato a:

CNOS/FAP REGIONE VALLE D'AOSTA - DON BOSCO

Via Tornafol, 1 - Cap.11024 CHATILLON (AO)

Banca: BCC VALDOSTANA - Filiale di Châtillon (AO) IBAN: IT27C0858731540000210131698

Causale: TITOLO CORSO + Nome e cognome del/dei partecipante/i

Diritto di Recesso:

L'iscritto potrà fruire del diritto di recesso inviando la disdetta via fax al numero 0166.521907 almeno 3 giorni lavorativi prima della data fissata per l'inizio del corso. In tal caso la quota versata sarà interamente rimborsata.

PRIVACY: Con la presente si dichiara di aver preso visione della modalità di svolgimento del corso, del programma che sarà svolto, si conferisce il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della D. Lgs. 196/03 e si autorizza a trasmettere le comunicazioni via e-mail.

Data _____ Firma _____