



Enti di formazione accreditati presso la Regione Marche

LUDOPATIA: SCHEDA ISCRIZIONE CORSO

(L.R. 7.2.2017 e D.G.R.Marche 841 del 24.7.2017)

Il/La sottoscritto/a (Cognome e nome) _____

Nato/a _____ () il _____

Residente a _____ **in via** _____ **n.** _____ **cap** _____

In veste di (titolare e/o leg. Rapp.te): _____

Denominazione Azienda _____

Codice Fiscale _____

Partita Iva _____

Sede Legale _____

Sede Operativa (da riptere per ogni sede) _____

CCNL Applicato _____

N. Dipendenti _____

Settore Ateco (se disponibile) _____

Telefono _____

E-Mail _____

**ISCRIVE AL CORSO DI FORMAZIONE DI 12 ORE PREVISTO
DALL'ART. 8 DELLA LEGGE REGIONALE N°3 DEL 7.2.2017 IL PERSONALE COME DI SEGUITO SPECIFICATO**

<i>Cognome e Nome</i>	<i>Luogo e data di nascita</i>	<i>Residenza (Città e indirizzo)</i>	<i>Qualifica</i>	<i>Sede operativa</i>
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Aggiungere eventuali ulteriori righe per più partecipanti.

Modalità di pagamento:

1. Versamento della quota di 100 Euro a partecipante, contestualmente alla conferma dell'avvio del corso da parte dell'Ente alle coordinate indicate dall'Ente.
2. La quota non potrà essere restituita in nessun caso salvo annullamento del corso da parte dell'ente per mancato raggiungimento numero minimo di iscritti o altri motivi imputabili all'ente organizzatore.
3. Si dichiara di aver preso visione e di accettare il contenuto delle clausole indicate ai punti da 1 a 3

Data e luogo _____

Firma _____

Ricevuta l'informativa verbale acconsento al trattamento dei dati contenuti nella presente scheda ed all'utilizzo degli stessi da parte di Cescot Macerata per le finalità ed obblighi previsti dalla normativa di riferimento e per costituire una banca dati relativa ad adempimenti futuri inerenti la stessa .

(D. Leg.vo 196/03)

Firma _____

Rinviare scheda a:

Per Corsi in provincia di Macerata : cescotmc@yahoo.it o fax 0733.240962