



MODULO DI ISCRIZIONE

CORSO TRIENNALE DI FORMAZIONE IN PSICOMOTRICITA' ANNO FORMATIVO _____

COGNOME	
NOME	
LUOGO DI NASCITA	
DATA DI NASCITA	
RESIDENTE IN VIA/ CORSO	
CAP	
CITTA'	
PROVINCIA	
RECAPITO TELEFONICO	
E-MAIL	
CODICE FISCALE	
PARTITA IVA	
TITOLO DI STUDIO	
PROFESSIONE/ SPECIALITÀ	
LUOGO DI LAVORO	
DATI FATTURAZIONE Se l'intestatario della fattura è diverso dall'iscritto indicare: Cognome Nome Cod Fiscale P.IVA e Indirizzo completo	

Data

Firma



Consenso al trattamento dei dati personali (Regolamento (UE) 2016/679)

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 in materia di protezione dei dati personali, autorizza il CFP Spazio Psicomotorio al trattamento dei propri dati personali per gli adempimenti necessari in relazione al corso e per l'invio di materiale informativo relativo a iniziative di formazione e/o pubblicizzazione del centro stesso.

Data

Firma