



Prot. N° \_\_\_\_\_  
del \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

## RICHIESTA DI ISCRIZIONE

*Spett.le*

**INVIARE VIA FAX AL N° 0974 934700**

**O VIA E-MAIL: [corsi@dafor.it](mailto:corsi@dafor.it)**

**DAFOR S.r.l.**

Via S. Margherita, 13

84051 San Severino di Centola (Sa)

Tel. 0974 934343 - Fax: 0974 934700

C/C Postale: 001017933498

IBAN: IT69I0760115200001017933498

Il/La sottoscritto/a (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_ ) il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

residente in Via \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_ ),

C. Fiscale: \_\_\_\_\_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

## CHIEDE

di essere iscritto al corso di \_\_\_\_\_,

della durata complessiva di ore \_\_\_\_\_

Prende atto che la quota di partecipazione al corso è di € \_\_\_\_\_,00 ( \_\_\_\_\_/00)

(Iva **ESCLUSA**).

Inoltre Dichiaro di accettare i “**TERMINI e CONDIZIONI dei Corsi di Formazione**” contenuti nel sito web all’indirizzo: <http://www.dafor.it/public/files/Terminicondizionidafor.pdf>

Allega alla presente:

- Copia del Documento di Riconoscimento e Codice Fiscale;
- Copia del Titolo di Studio (*Diploma o Licenza Media*).

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

autorizza ai sensi del D.Lgs. 196/03 il trattamento dei dati personali.

Firma

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_