

Corso di Formazione  
ASSISTENTE STUDIO ODONTOIATRICO

**PARTECIPANTE**

Cognome		Nome	
Luogo di nascita		Data di nascita	
Indirizzo		Città	
Titolo di studio		Professione	
e-mail		Recapito telefonico	

**DATI PER LA FATTURAZIONE (se diversi dai dati del partecipante su descritti)**

Ragione Sociale		P.iva/codice fiscal	
Indirizzo		Città	
e-mail		Recapito telefonico	

Il/la sottoscritto/a CHIEDE di partecipare al suddetto corso di formazione della durata di 700 ore.  
Quota di partecipazione e modalità di pagamento:

L'interessato dovrà versare:	Data	Firma
Acconto pari a ..... al momento dell'iscrizione al corso;		
Quota pari a .....		
Saldo pari a.....		

Allega alla presente:

- Copia documento di riconoscimento in corso di validità;
- Copia del codice fiscale;
- Copia del titolo di studio.

Autorizzazione ex Decreto Legislativo n.196/03

1. Il sottoscritto, ai sensi e per gli effetti del Decreto Legislativo n. 196/2003 sulla tutela dei dati personali, autorizza Bluesea Formazione a raccogliere e custodire nella propria banca dati utenti tutti i dati contenuti nel presente modulo, a trattare i propri dati ed a cederli ad Enti promotori di servizi di orientamento e formativi.
2. Al riguardo competono al sottoscritto tutti i diritti previsti dal suddetto decreto legislativo.
3. Il sottoscritto si assume ogni responsabilità relativamente ai dati inseriti nel presente modulo.

Data, .....

Firma