



MODULO ISCRIZIONE

Corso di formazione di Micologo con rilascio attestato di Qualifica

Il/La Sottoscritto/a

Cognome _____

Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

Residente _____ Cap _____ Prov. _____

In Via/P.za _____ n° _____

Titolo di studio (*) _____

Tel. _____ cell. _____

e-mail _____

() per l'iscrizione è necessario il possesso del diploma con un percorso di studi quinquennale.*

Si sottolinea che il Corso sarà avviato solo al raggiungimento di un numero minimo di 15/18 iscritti fino ad un massimo di 21 iscritti.

Data

Firma

Acconsento al trattamento dei dati personali contenuti nel modulo in base all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

Data

Firma