

## Il Sottoscritto

COGNOME:

NOME:

INDIRIZZO DI  
RESIDENZA:

CITTÀ:

PROV.:

CAP:

TELEFONO

FAX

CELLULARE

EMAIL

DATA DI NASCITA

LUOGO DI  
NASCITA

P. IVA

C. FISCALE

---

## STATUS DEL RICHIEDENTE

OCCUPAZIONE

EVENTUALE ALTRO  
STATUS

ISCRITTO A  
(specificare eventuali  
iscrizioni a Ordini,  
Associazioni,  
Federazioni, ecc)

di (specificare sede)

Altro (specificare)

---

## CHIEDE DI POTERSI ISCRIVERE AL CORSO DI FORMAZIONE

DENOMINAZIONE  
CORSO

DATA

per il quale richiede

riconoscimento crediti per la formazione continua dei  
Professionisti

attestato di partecipazione

QUOTA  
PARTECIPAZIONE

MODALITA' DI  
PAGAMENTO

**Il Sottoscritto altresì comunica che per eventuali informazioni relative al corso è reperibile**

al numero telefonico

alla email

---

Conferma di avere preso visione del Regolamento dell'attività corsuale e della Scheda informativa e di accettarne integralmente il contenuto.

SI      NO

Si impegna, inoltre, ad effettuare il pagamento e a perfezionare l'iscrizione secondo le modalità e i termini inseriti nel citato Regolamento.

SI      NO

---

Inserire data e luogo