

FORMULARIO D'ISCRIZIONE CORSI DI FORMAZIONE CONTINUA

Corso n.

Denominazione

Date

Azienda

Ragione sociale

Persona di contatto

Via

CAP/Località

Telefono

E-mail

Partecipante

Cognome

Nome

Via

CAP/Località

Telefono

E-mail

Data di nascita

Funzione attuale

Esperienza nella formazione scelta (anni)

Indirizzo di fatturazione

Ragione sociale/Cognome e nome

Persona di contatto

Via

CAP/Località

Luogo e data

Timbro e firma