DOMANDA DI AMMISSIONE

Si prega di compilare con la massima cura e in stampatello.

ARCADIA Coop
Via Cavour,26
86100 CAMPOBASSO
segreteria@arcadiacoop.eu

COGNOME:_____

NOME:_____

LUOGO DI NASCITA:_____(____) **DATA**____/_____/_____

COD.FISCALE: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

TEL:_____**CELL:** _____

E.MAIL:_____

RESIDENZA: VIA _____

CITTA':_____**CAP**_____**PROVINCIA**_____

PARTECIPAZIONE AL CORSO:_____

Si autorizza il trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03

Data _____Firma _____