



CENTRO ACCREDITATO n° 1132
c/o Provincia Autonoma di Trento
per la formazione in materia di salute e sicurezza sul lavoro

Modulo di iscrizione

Corso:

Sessione del giorno: ____/____/____

Compilare il seguente modulo in **STAMPATELLO** e inviare mezzo fax al numero **0464-513804** oppure a info@baronisas.it

DATI DEI PARTECIPANTI

N°	NOME E COGNOME	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	CODICE FISCALE
1				
2				
3				
4				
5				
6				

DATI PER LA FATTURAZIONE

Nome Azienda:
Indirizzo:
Città:
Cap:
P. I.V.A. o cod. Fiscale:
Telefono e Fax:
Indirizzo e-mail:

QUOTA DI ISCRIZIONE:

❖ € _____ IVA ESENTE ART. 10

MODALITÀ DI PAGAMENTO:

❖ **Alla conferma del corso** a mezzo di bonifico bancario presso CASSA RURALE ALTOGARDA
IBAN: IT 56 E 08016 35102 000016041266

La quota di iscrizione comprende: partecipazione al corso con dispense, prova pratica, Attestato e servizi vari come previsti dal programma del corso. Firmando la presente si dichiara di aver preso visione e di accettare le informazioni generali, il programma, le modalità organizzative del corso in oggetto. L'iscrizione è effettiva esclusivamente ad avvenuto pagamento della quota di iscrizione del corso. Il responsabile del Progetto Formativo si riserva la facoltà, per cause non dipendenti dalla propria volontà, di annullare o modificare le date del corso dandone tempestiva comunicazione.

Luogo _____ data _____

Firma e Timbro _____