

Domanda iscrizione Corso di Formazione professionale

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ e residente a _____ CAP _____

alla via _____

tel. _____ e-mail _____

codice fiscale _____

CHIEDE

di essere iscritto/a al corso: **AGENTE E RAPPRESENTANTE DI COMMERCIO**. A tale scopo, valendosi delle disposizioni di cui all'art. 46 del DPR 28/12/2000 n° 445, consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni, previste dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia,

DICHIARA

di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____

La quota di partecipazione è di € 400,00.

Accetta, inoltre, di versare un acconto pari a 200,00 Euro al momento dell'ammissione e/o saldare l'importo dovuto entro l'ultima lezione e comunque prima degli esami finali, con:

- Bonifico bancario BANCA DI CREDITO COOPERATIVO MEDIOCRATI Filiale di Castrovillari CODICE IBAN **IT05C0706280670000000115714** (Da allegare in copia alla domanda di iscrizione);
- Bollettino freccia da ritirare presso le sedi CESCOT CALABRIA.

Allega, inoltre,

- Marca da bollo da € 16,00 da apporre sull'attestato finale;
- Copia documento identità valido e Codice Fiscale.
- Pagamento Contributo Associativo a Confesercenti per € 50,00.

Data presentazione _____

Firma _____

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai soli fini derivanti la partecipazione all'attività di formazione professionale.

Firma _____

INVIO DOMANDE AL N. DI FAX 0981/1890199