

E' necessario completare la domanda in ogni sua parte per essere contattato.

Rovigo, li _____

Spettabile Ascom Servizi S.r.l.
 Viale del Lavoro, 4
 45100 ROVIGO
 tel.: 0425/403511 fax 0425/403590
 e-mail: fseformazione@ascomrovigo.it

Il/la sottoscritto/a

COGNOME E NOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA	
CODICE FISCALE	
CITTA' - VIA - CIVICO - CAP di RESIDENZA	
MANSIONE SVOLTA IN AZIENDA	
TELEFONO	
TITOLO DI STUDIO	
EMAIL	

CHIEDE

di essere iscritto e di frequentare il Corso di formazione per:

CODICE SERVIZIO FORMATIVO	
DATA DI INIZIO DEL CORSO	

Il corso prevede la partecipazione al 70% del totale delle ore di formazione d'aula per ottenere il rilascio dell'attestato finale.

DATI AZIENDA

DENOMINAZIONE	
INDIRIZZO (Città via n°)	
TELEFONO	
C.F. (del titolare se ditta individuale)	
PARTITA IVA	
ATTIVITA' SVOLTA DALL'AZIENDA	

Firma per accettazione _____

Autorizzazione: Il sottoscritto, esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali anche sensibili ai sensi dell'art. 23 del decreto legislativo 196/2003 ad ASCOM SERVIZI SRL nei limiti e per le sole finalità di poter prendere parte al corso di formazione di cui in Oggetto alla presente.
 Autorizzo inoltre ASCOM SERVIZI SRL ad inviarmi comunicazioni scritte e telefoniche relative ad iniziative e servizi dell'ASCOM SERVIZI SRL e/o sue collegate.

Data _____

Firma per accettazione _____