

**Modulo da compilare per la domanda di preiscrizione al corso di formazione per
PRIMO SOCCORSO AZIENDALE**
organizzato da ALP Formazione & Comunicazione

NOME _____

COGNOME _____

LUOGO DI NASCITA _____ Prov (____)

DATA DI NASCITA _____ C.F. _____

LUOGO DI RESIDENZA _____ Prov (____)

INDIRIZZO _____ CAP _____

TITOLO DI STUDIO _____

RECAPITO TELEFONICO _____

EMAIL _____

ANAGRAFICA AZIENDA

RAGIONE SOCIALE: _____

INDIRIZZO: CITTÀ, PROVINCIA, CAP, VIA/PIAZZA, NUMERO CIVICO _____

P.IVA _____

NOMINATIVO E RECAPITO DEL REFERENTE DELLA DITTA: _____

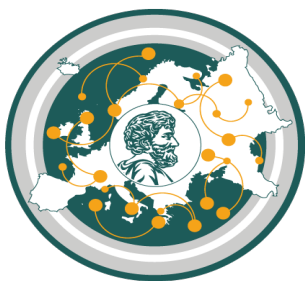
SPECIFICARE IL MOTIVO DELL'ESENZIONE IVA (SE RICORRE IL CASO) _____

**Da compilare e spedire come allegato all'indirizzo email: alpformazione@gmail.com
oppure via fax al numero: 0984/24933.**

LUOGO E DATA

FIRMA

Cooperativa ALP Formazione & Comunicazione



Il sottoscritto è a conoscenza che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali. Inoltre, il sottoscritto autorizza al trattamento dei dati personali, secondo quanto previsto dal Dlgs 196/2003.

FIRMA _____

Cooperativa ALP Formazione & Comunicazione
