



**MODULO ISCRIZIONE**

|  |  |
| --- | --- |
| **COGNOME NOME** |  |
| **LUOGO DI NASCITA** |  |
| **DATA DI NASCITA** |  |
| **NAZIONALITÀ** |  |
| **RESIDENZA** |  |
| **DOMICILIO** |  |
| **CAP / CITTÀ / PROV** |  |
| **TITOLO DI STUDIO** |  | **CELL:** |  |
| **MAIL** |  | **TEL:** |  |
| **C. F.** |  |  |  |

 **Chiede di essere iscritto a frequentare il corso libero di:**

 qualificazione per ………………………………………………………………………………………..

 riqualificazione per ……………………………………………………………………………………..

 specializzazione per …………………………………………………………………………………….

 abilitazione per ………ACCONCIATORE………………………………………………………….

Allega alla presente la seguente documentazione:

. fotocopia documento di identità (fronte e retro) e fotocopia codice fiscale

. fotocopia conforme all'originale permesso di soggiorno (solo per i cittadini stranieri)

. requisiti lavorativi lavorativi (estratto contributivo INPS per i dipendenti o visura camerale)

. fotocopia titolo di studio e fotocopia bonifico pagamento

**N.B. Dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie sopra riportate sono veritiere.**

***(art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)***

**N.B Autorizzo l'ente al trattamento dei dati personali , ai sensi del D.lgs. 196 del 30 giugno 2003**

**N.B Il corso deve essere completato entro 60 giorni dalla ricezione delle credenziali - pena esclusione senza rimborso**

**N.B. si perde diritto al rimborso della quota d' iscrizione al quinto giorno di corso**

Data Firma

