



# Associazione Chrians

Contrada Lagani trav. prima n . 35 89134

Reggio Calabria-info@chrians.it-www.chrians.it

tel. 3204753737 tel. 3271698884

## MODULO ISCRIZIONE

|                      |       |
|----------------------|-------|
| COGNOME NOME         | _____ |
| LUOGO DI NASCITA     | _____ |
| DATA DI NASCITA      | _____ |
| NAZIONALITA'         | _____ |
| RESIDENZA: VIA / PRO | _____ |
| DOMICILIO: VIA       | _____ |
| CAP / CITTA' / PRO   | _____ |
| 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 \_\_\_\_\_  
ABILITAZIONE COMMERCIO E  
SOMMINISTRAZIONE DI ALIMENTI E BEVANDE
- base per \_\_\_\_\_

Allega alla presente la seguente documentazione:

- . fotocopia documento di identità (fronte e retro) - . fotocopia codice fiscale,
- . fotocopia conforme all'originale permesso di soggiorno (solo per i cittadini stranieri).
- . fotocopia titolo di studio e fotocopia bonifico pagamento

**N.B. Dichiaro 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 Autorizzo l'ente all mio inserimento in un gruppo whatsapp per le comunicazioni del corso**

**N.B il corso deve essere seguito di pari passo all'andamento della classe pena esclusione senza rimborso**

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

Data: \_\_\_\_\_



Firma \_\_\_\_\_