



Scheda di adesione
Pillole gratuite di Formazione



DISTRETTO DIFFUSO
DI FOSSANO, SAVIGLIANO
E DELLE TERRE DI PIANURA

DATI ANAGRAFICI UTENTE/PARTECIPANTE:

Cognome: _____ Nome: _____

Data e luogo di nascita: _____, _____ () C.F.: _____

Indirizzo: _____ n° _____, _____ cap _____ ()

Tel./Cell: _____ / _____ E-mail: _____

Titolo di studio _____

Posizione lavorativa: Dipendente Titolare/Socio

Se titolare specificare: : Unico soggetto Coadiuvante Socio Socio Cooperativa

DATI ANAGRAFICI AZIENDA:

Ragione sociale azienda: _____

Indirizzo: _____ n° _____, _____ ()

Settore di attività: _____

INTERESSATO AL CORSO: _____

Fascia oraria richiesta : 20:00-23:00 13:00-16:00

Firma compilatore: _____

Data: _____