



## RICHIESTA DI ISCRIZIONE

Il/La sottoscritto/a

\*NOME:

\*COGNOME :

\*NATO A : \*IL :

RESIDENTE IN :

TELEFONO :

\*E-MAIL :

\*C.F. :

(i campi contrassegnati con \* sono obbligatori)

### RICHIEDE

di attivare la propria iscrizione al corso

NOME ATTIVITÀ: **Corso base Formazione professionale Consulente felino - CNGU®**

*Dichiaro ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000 che i dati indicati in questo modulo corrispondono a realtà e di aver preso visione dell'informativa sulla Privacy e consenso iscritti.*

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_