



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 _____