

MODULO DI ISCRIZIONE CORSO DI FORMAZIONE PER IL PERSONALE ALIMENTARISTA

Il sottoscritto

Nome: _____ Cognome: _____

Data di nascita: _____ P. Iva/C. F.: _____

Via: _____ Città: _____ Provincia: _____

C.A.P.: _____ Telefono: _____ Cellulare: _____

E-mail: _____ Azienda: _____

Chiede, in qualità di titolare dell'azienda:

- Di partecipare al corso in oggetto
- Di iscrivere al corso numero _____ dipendenti
- Di poter usufruire dello sconto del 20% in quanto già cliente della C.A.A.

Si allega alla presente:

- copia della ricevuta di versamento della quota di iscrizione
- copia del documento di identità degli iscritti

Clausole contrattuali:

1. il costo totale del corso è di € 65,00 (Iva e rit. escluse) dei quali € 30,00 devono essere versati al momento dell'iscrizione e €35,00 a fine corso.
2. in caso di rinuncia al corso la comunicazione della rinuncia dovrà pervenire in forma scritta il 15° giorno lavorativo antecedente al corso. In caso contrario la C.A.A. tratterà la quota di iscrizione.
3. la C.A.A. si riserva la facoltà di rinviare o annullare il corso programmato; ogni variazione verrà tempestivamente comunicata.
4. in caso di annullamento del corso verrà restituita la quota di iscrizione.

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei propri dati personale ai sensi del D.Lgs 196/03 (codice sulla privacy)

Data:

Firma per accettazione e approvazione
di quanto riportato sopra:
