CORSO QUINDICINALE DI CONTATTOLOGIA

Al Direttore dell'I.R.S.O.O.

Il / la sottoscritto / a _____

nato / a a _____ Prov. _____ il _____

residente in Via/Piazza _____ n. ____ cap _____

Città _____ Prov. _____ tel. _____ / _____

Cell._____/_____ Fax _____/_____ e-mail _____

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

in possesso dell'Attestato di Ottico conseguito il _____ presso _____

(dichiarazione rilasciata sotto la propria responsabilità ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

CHIEDE

di essere iscritto/a al corso quindicinale di contattologia che si terrà nei mesi di settembre/ottobre _____ e allega copia dell'attestazione dell'avvenuto pagamento della tassa di pre-iscrizione di € 200,00.

Si allegano i seguenti documenti in carta libera (*solo per chi non ha conseguito l'Attestato di Ottico presso l'I.R.S.O.O.*):

- Certificato di nascita
- Copia autenticata dell'Attestato di Ottico

Distinti saluti.

_____
(Firma)

Data _____

INFORMATIVA D.Lgs.196/2003: i dati forniti saranno utilizzati dall'I.R.S.O.O. solo per fini istituzionali, ai sensi del D.Lgs.196/2003; gli interessati possono avvalersi di quanto previsto dal D.Lgs.196/2003. Esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali secondo quanto specificato.

Data _____ _____
(Firma)