

SCHEDA DI PRE-ISCRIZIONE AL CORSO DI FORMAZIONE ASO 700 ORE

RICHIEDENTE

Il Sig./ Sig.ra: _____

Cod. Fisc: _____

INDIRIZZO: _____

CITTA': _____ **CAP** _____ **PROV.** _____

Telefono/Cellulare: _____

Indirizzo E-MAIL: _____

TITOLO DI STUDIO: _____

Nel caso di fatturazione allo Studio Odontoiatrico di appartenenza lavorativa

Rappresentata dallo Studio Odontoiatrico: _____

Cognome – Nome (Titolare Studio): _____

Cod. Fisc. e/o P.Iva: _____ Codice Univoco: _____

INDIRIZZO: _____

CITTA': _____ CAP _____ PROV _____

Telefono / Cellulare: _____

Indirizzo E-MAIL: _____

Il/la sottoscritto/a dichiara di avere preso visione dall'informativa al trattamento dei propri "dati personali", ai fini della gestione del corso in oggetto e secondo le modalità indicate nell'art.13 del Regolamento Europeo n.679/2016 e del Regolamento della Dental Team Academy di Téchne Medica SRL, scaricabile dal sito www.dentalteamacademy.it

Data: _____

Firma: _____