

Consorzio Format
Via Rosa Jemma, 2
Centro Direzionale "Pastena"
84091 Battipaglia (Sa)

Tel.: 0828 304691 Fax: 0828 345507
E-mail: info@eformat.biz

SCHEDA DI ISCRIZIONE AL CORSO E.C.M.

Titolo: **CORSO BASE DI INGLESE MEDICO**

Data evento: **02/05/2008**

DATI DEL RICHIEDENTE (necessari per la trasmissione alla Segreteria ECM)

Nome e cognome _____

Data di nascita _____

Codice fiscale _____

Indirizzo completo _____

Residenza (se diversa dall'indirizzo) _____

Qualifica professionale _____

Telefono _____ Telefono cellulare _____

FAX _____ E-mail _____

Il richiedente consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per falsi attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità (artt. 48-76 D.P.R. 28/12/2000 n.445) conferma di essere nella condizione prevista dai requisiti di accesso indicati nella brochure informativa, è conscio che dichiarazioni inesatte potrebbero portare al mancato riconoscimento dei crediti, senza responsabilità dell'ente organizzatore.

Data _____

Firma

L'importo di € _____ quale acconto da me versato al momento dell'iscrizione.

Data _____

Firma

N.B. Nel caso in cui il numero di iscrizioni superi quello dei posti disponibili, saranno ammessi al corso le richieste pervenute per prime in ordine di tempo.