



MODULO ISCRIZIONE

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il ___/___/___ Residente

a _____ Sigla Provincia (_____)

CAP _____ Via _____ n. _____

Codice fiscale _____

Indirizzo e-mail _____ tel. _____

Chiede di iscriversi

al corso di: _____

Il presente modulo dovrà essere inviato all'indirizzo E-mail info@mspicilia.it oppure al numero di fax: 091.6763335 o ancora consegnato di persona alla segreteria organizzativa: Via P. Nenni, 24 - 90145 Palermo

La sottoscrizione del presente modulo determina l'accettazione del regolamento MSP Sicilia

Data _____ Firma _____

Con l'invio del presente modulo si acconsente al trattamento dei dati personali forniti secondo quanto previsto dalle leggi in vigore

Data _____ Firma _____

MSP Sicilia - Via Pietro Nenni, 24 - 90146-Palermo Tel. 091.551360 Fax 091.6763335 www.mspicilia.it e-mail info@mspicilia.it

