



in collaborazione con:



Spett.le IAL Molise srl
Via Ziccardi, 10
86100 Campobasso

DOMANDA ISCRIZIONE

CORSO: TECNICHE DI TAGLIO E CUCITO

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ (____)

Residenza _____ Via/Piazza _____ N _____

Codice Fiscale _____ Tel. _____

Indirizzo e-mail _____

Titolo di studio _____ conseguito il _____

Attestati di qualifica (L.845/78) _____

Occupato/a _____ Disoccupato/a _____ Inoccupato/a _____

Attuale Occupazione/qualifica-mansione _____

Altre esperienze lavorative _____

_____ . li _____

in fede

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personale presta il consenso. Dichiaro inoltre ai sensi della 445/2000 che quanto sopra esposto corrisponde a vero.

_____ . li _____

in fede

Allegati: Fotocopia titolo di studio, fotocopia documento identità.