



Spett.le
IAL Molise S.r.l.
Via Ziccardi, 10
86100 Campobasso

DOMANDA ISCRIZIONE

CORSO: _____

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ (____)

Residenza _____ (____) Via/Piazza _____ N _____

Codice Fiscale _____

Tel. _____ e-mail _____

Titolo di studio _____ conseguito il _____

Attestati di qualifica (L.845/78) _____

Occupato/a ☐

Disoccupato/a ☐

Inoccupato/a ☐

_____. li _____

in fede

Il/la sottoscritto/a dichiara ai sensi della 445/2000 che quanto sopra esposto corrisponde a vero. Il/La sottoscritto/a presta il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche.

_____. li _____

in fede

Allegati: Fotocopia documento identità, fotocopia titolo di studio.