DOMANDA DI AMMISSIONE

al corso di formazione “Pluridisabilità: riabilitazione per l’inclusione”

Il/La sottoscritto/a

Cognome e Nome

Data di nascita

Luogo di nascita

Indirizzo di residenza

CF

e-mail

pec

telefono

chiede di poter partecipare alla selezione di n° 1 discente …………….*(specificare)*

A tal fine allega alla presente

1. Copia del documento di identità
2. CV
3. Modulo privacy
4. Altro (specificare)

Data Nome e Cognome

 f*irmato digitalmente*