

**SCHEDA DI ISCRIZIONE CORSO:**

**“AGG.TO PRIMO SOCCORSO (CLASSI B,C,)”**

Cognome……………………………..…………….Nome…………….…………………………………......

Nato/a a …………………….……………..…………… Prov…..…..... il…………….……………………..

Residente a ……………………………...Prov…….....Via…………..………………………..N°……….

CAP ………………………… C.F……………………………………………………………………………

Tel ………………….……… Cell…………..…….………………E-mail……………….………….….…….

**DATI AZIENDA DI APPARTENENZA**

Dipendente dell’azienda ……………………...………………………………………………………………

Indirizzo ……………………………….……………………………………………………………………….

Comune ………………………………..……………....Prov ………………………………………………..

P.IVA ……………………..……………………… Cod.Fiscale ……………………….…………………….

Tel ………………….…………… Fax………………..………E-mail……………………………………….

**DATA: 6 DICEMBRE dalle 14.00 alle 18.00**

 **SEDE DEL CORSO: ENFAP – Via Le Corbusier, 29-RAVENNA**

**COSTO A PARTECIPANTE: EURO 60 (esente IVA)**

***La domanda di iscrizione va inviata ad ENFAP –SPORTELLO FORMARTIVO DI RAVENNA***

***Referente:Rossella Marmi (tel.0544/4000373 dal lunedi al venerdi dale 09.00 alle 13.00)***

 ***all’indirizzo e-mail: rmarmi@enfap.emr.it oppure via fax al n. 0544/403518***

**Modalità di pagamento (da effettuarsi alla partenza del corso):**

**intestato a : ENFAP EMILIA ROMAGNA**

banca:: UNICREDIT BANCA S.P.A.

IT 17 L 02008 02486 000002835536

*Firma Referente Aziendale ………………………………..……….………………*

La informiamo che ai sensi del Decreto Legislativo 196/03, i suoi dati saranno da noi trattati per l’esecuzione del contatto e per l’invio di materiale inerente le attività corsuali. I suoi dati non verranno comunicati a terzi salvo che per l’esecuzione del contatto. Lei in qualsiasi momento potrà richiedere la cancellazione, inviando una comunicazione scritta presso ad ENFAP Emilia Romagna - Sportello Formativo di Ravenna - Via Le Corbusier, 29 48124 Ravenna Tel.0544/400373 Fax 0544/403518 e-mail: inforavenna@enfap.emr.it