

# **Richiesta iscrizione al Corso di PRIMA Formazione obbligatoria per i gestori di sale da gioco e dei locali con apparecchiature per il gioco d'azzardo**

Il Sottoscritto  in qualità di titolare/legale rappresentante della ditta

Codice Ateco  con sede Comune (cap)

Via/Piazza/n°  telefono

cellulare  mail  P. IVA

**CODICE fatturazione elettronica SDI/PEC :**

**Associato** a Confesercenti della Lombardia Orientale

- Con la presente **ISCRIVE** al corso di **Aggiornamento di Formazione obbligatoria per i gestori di sale da gioco e dei locali**. La data di svolgimento sarà comunicata via mail o telefono. In caso di mancata presenza al corso le somme non saranno restituite.  
**Durata 4 ore 45,00 € + IVA = 54,90 €**

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	LUOGO E DATA DI NASCITA	Qualifica (TITOLARE, COLLABORATORE, COADIUVANTE )
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Residenza: (Paese/Città) (CAP) (VIA N)		Cittadinanza	Titolo di studio
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
NUMERO DOCUMENTO D'IDENTITA'		<input type="text"/>	

**MODALITÀ DI PAGAMENTO:** BONIFICO BANCARIO INTESTATO A **HR TRAINING SRL**  
ISTITUTO: BANCO POPOLARE, **IBAN IT20V050342280000000011215**  
CAUSALE: **PRIMA FORMAZIONE LUDOPATIA**

**TRASMETTERE IL MODULO COMPILATO E LA COPIA DELL'AVVENUTO PAGAMENTO ALL'INDIRIZZO EMAIL: [formazione@comservizi.it](mailto:formazione@comservizi.it)**

Luogo e data

In fede Timbro e Firma