

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 60,00 € + IVA = 73,20 €

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	LUOGO E DATA DI NASCITA	Qualifica (TITOLARE, COLLABORATORE, COADIUVANTE)
Residenza: (Paese/Città) (CAP) (VIA N)		Cittadinanza	Titolo di studio
NUMERO DOCUMENTO D'IDENTITA'			
NUMERO DI MATRICOLA			
CCNL E ANNO DI ASSUNZIONE			

MODALITÀ DI PAGAMENTO:

BONIFICO BANCARIO INTESTATO A **ACOF OLGA FIORINI Cooperativa sociale**
ISTITUTO: INTESA SAN PAOLO, **IBAN IT43D0306922810100000012375**
CAUSALE: **PRIMA FORMAZIONE LUDOPATIA**

TRASMETTERE IL MODULO COMPILATO E LA COPIA DELL'AVVENUTO PAGAMENTO ALL'INDIRIZZO EMAIL: formazione@comservizi.it

Luogo e data

In fede Timbro e Firma
