

DOMANDA DI ISCRIZIONE

La/il sottoscritta/o

_____ *cognome e nome della/del richiedente*

- sesso M F

- nata/o a _____ (provincia _____) il giorno

_____/_____/_____

Comune o Stato estero di nascita

sigla

- residente

a _____ (provincia _____)

*Comune di
residenza*

*CAP
sigla*

via _____ n. _____

- domiciliata/o a _____
(provincia _____)

*se il domicilio è diverso dalla
residenza*

*CAP
sigla*

via _____ n. _____

- codice fiscale _____

- cittadinanza _____

- telefono _____ / _____ cellulare _____ / _____

- indirizzo di posta elettronica _____

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO

al corso di **SEGRETARIA STUDIO MEDICO** organizzato da Nuovi Istituti Athena al costo di **600 euro**

SEDE

Ancona

Macerata

Pesaro

Luogo e data

FIRMA
