

da compilare e inviare a formazione@labcam.it

NOME

COGNOME

INDIRIZZO

Via/Piazza

Codice Postale

Città

Provincia/Stato

EMAIL

CODICE FISCALE

TELEFONO

AZIENDA

Ragione Sociale

Settore

Sede Azienda

**SONO INTERESSATO/A
AL CORSO:**

Data del corso

CREDITI RICONOSCIUTI

Verranno riconosciuti 3 CFP (Crediti Formativi Professionali per liberi professionisti iscritti agli Ordini)

Il/La sottoscritto/a autorizza il trattamento dei propri dati personali, inclusi quelli relativi alla propria immagine e voce, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), a titolo gratuito, senza limiti di tempo e su qualsiasi supporto (incluso web e social network), per fini promozionali e istituzionali.

DATA

FIRMA