



# Validation

## Modulo pre-iscrizione corsi Validation

**Scelta corso**

**Corso Base (Familiari, Ass. Familiari)**

**Corso Avanzato (Familiari, Ass. Familiari)**

**Corso Base (Figure sanitarie)**

**Corso Avanzato (Figure sanitarie)**

**Corso Certificato Operatore 1° Livello**

**Nome completo**

**Indirizzo**

**Città**

**Provincia**

**CAP**

**Telefono**

**Indirizzo e-mail**

**Sesso**

Masc.

Fem.

**Codice Fiscale**

**Telefono di contatto**

**Autorizzo al trattamento dei miei dati personali presenti ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e del GDPR (Regolamento UE 2016/679). Per fini consentiti dalla legge, i dati non saranno resi noti a terzi.**

**SI**

**NO (Non consente iscrizione )**