

Corso di formazione
AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO
DOMANDA DI ISCRIZIONE

Cognome e Nome _____

Residente a _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Via _____

Telefono _____ Cellulare _____

Email _____

Ente di appartenenza _____

Qualifica _____

Genitore o familiare []

Insegnante []

Libero professionista []

Altro []

FIRMA _____

inviare entro il 4 novembre 2009
via fax 049 8689273
e-mail: info@csvpadova.org

informazioni tel. 049 8686849

Si informa che ai sensi del Codice della privacy (d.lgs. 196/03), i dati raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale sono stati acquisiti.