



Spett.le IAL SARDEGNA
Via Cagliari 24, 09170 Oristano (OR)

MODULO ISCRIZIONE PER I PERCORSI FORMATIVI IN AUTOFINANZIAMENTO

Indicare con una **X** il percorso formative prescelto:

- ESTETISTA
- ESTETISTA SPECIALIZZAZIONE (600 ORE)
- ESTETISTA SPECIALIZZAZIONE (300 ORE)

Il /la sottoscritto/a (Nome e Cognome*) _____

chiede di essere ammesso/a alla frequenza del corso sopra indicato.

I dati contrassegnati con l'asterisco(*) sono obbligatori

ALLEGARE :

C.F.*

Luogo di nascita*		il*	
Titolo di Studio*			
Indirizzo*	CAP*	Citta*	Prov.
Telefono*		E-mail*	

- ◇ **CV IN FORMATO EUROPEO CON FOTOTESSERA**
- ◇ **COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA'**
- ◇ **SOLO PER I CORSI DI SPECIALIZZAZIONE, COPIA DELL'ATTESTATO DI QUALIFICA E DELLA DOCUMENTAZIONE ATTESTANTE L'EVENTUALE ESPERIENZA PREGRESSA**

Autorizzazione al trattamento dei dati

Titolare del trattamento è lo **Ial Sardegna Innovazione Apprendimento Lavoro srl - Impresa sociale**, via Perucca, 1- 09030 Elmas (CA). Con la firma apposta sulla presente, si manifesta il proprio consenso ai sensi della Legge 196/2003 e successive integrazioni e modificazioni ad utilizzare i dati qui forniti, nel rispetto delle norme di sicurezza e di segretezza professionale per le seguenti finalità: trattamento ai fini di elaborazione e analisi, comunicazione agli Enti pubblici o privati per rispettare gli obblighi di legge o per avviare attività formative, invio di materiale e comunicazioni riguardo azioni formative.

Il consenso qui espresso ha validità fino a contraria comunicazione scritta e firmata dal sottoscritto

SI - NO

LUOGO _____ DATA ___/___/___/

Firma
