



**C.S.F.**  
Centro Servizi Formazione  
*Metropolitano*



## MODULO DI ISCRIZIONE

# Corso Assistente di Studio Odontoiatrico

<b>Tassa d'esame (€):</b>	
<b>Data d'esame:</b>	
<b>Luogo d'esame:</b>	

**DATI DEL CANDIDATO.** Si prega di compilare il modulo in stampatello leggibile.  
L'iscrizione è nominale e in nessun caso pu essere trasferita ad altri.

<b>Cognome:</b>	
<b>Nome:</b>	
<b>Data di nascita:</b>	
<b>Luogo di nascita:</b>	
<b>Sesso:</b>	
<b>Num. Doc. (C.I./ Passaporto):</b>	
<b>Nazionalità:</b>	
<b>Email:</b>	
<b>Telefono:</b>	

- L'iscrizione sarà valida soltanto ad avvenuto pagamento della **tassa d'esame**.
- Il candidato dovrà presentarsi all'esame munito di **valido documento di riconoscimento**.
- La tassa d'iscrizione è valida solo per la sessione per la quale si effettua l'iscrizione e non è trasferibile a sessioni successive. In caso di assenza il candidato non avrà diritto ad alcun rimborso.
- Dichiaro di aver ricevuto, letto ed accettato tutti i termini e le condizioni d'esame Per presa visione si prega la S.V. di apporre una firma **ACCETTANDO TUTTI I PUNTI INDICATI** sul presente modulo.

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma del candidato \_\_\_\_\_  
(oppure chi ne fa le veci)

Il candidato esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali in possesso del CSF METROPOLITANO ai sensi e per le finalità di cui al D.lgs. N. 196/2003.

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma del candidato \_\_\_\_\_  
(oppure chi ne fa le veci)



## COORDINATE BANCARIE

IBAN: IT 76 Y 02008 16304 000105095945

Intestato a: C.S.F. Metropolitan S.r.l.s.