



RICHIESTA DI ISCRIZIONE

Il/La sottoscritt

_____ (cognome e nome)

nato/a a

_____ il

e residente a

_____ Prov

_____ Cap

in Piazza/Via

CF. o Partita IVA

_____ (per fatturazione)

telefono numero

_____ indirizzo e-mail

chiede l'iscrizione al "**Corso completo di formazione per RSPP ESTERNO**".

A tale fine dichiara di accettare integralmente date, orari e modalità di svolgimento del programma del corso allegati a questa domanda di seguito e si impegna a garantire la propria partecipazione per almeno il 90% della durata complessiva delle lezioni.

Il sottoscritto dichiara di possedere un titolo di studio non inferiore al diploma di istruzione secondaria superiore

Il sottoscritto, inoltre, è consapevole che la propria ammissione è subordinata all'accettazione della presente domanda che gli sarà comunicata da More Safe Academy, e dal successivo versamento della quota di iscrizione sul conto corrente che verrà indicato nella comunicazione di accettazione.

Luogo e data

_____ Firma leggibile

inviare il modulo a info@moresafe.it