



“Associazione con Sistema di Gestione della Qualità Certificato”
Ente di formazione accreditato Reg. Lombardia n.275236/2008-285068
Provider ECM-CPD Accreditato (Decreto n. 14769 dell’15.10.2019)

**PER FINALIZZARE LA DOMANDA DI ISCRIZIONE
È NECESSARIO COMPILARE E INVIARE IL MODULO CHE
TROVATE ALLA PAGINA SEGUENTE ALL’INDIRIZZO
info@andicomo.it**



"Associazione con Sistema di Gestione della Qualità Certificato"
Ente di formazione accreditato Reg. Lombardia n.275236/2008-285068
Provider ECM-CPD Accreditato (Decreto n. 14769 dell'15.10.2019)

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CORSO ANNUALE PER ASSISTENTE DI STUDIO ODONTOIATRICO

(*) campi obbligatori

+ Nome e Cognome *:

+ Indirizzo *:

+ CAP, Città e Provincia *:

+ Codice Fiscale *:

+ Email *:

+ Telefono *:

+ Eventuale Ragione Sociale dello Studio Odontoiatrico di appartenenza:

+ CAP, Città e Provincia dello Studio Odontoiatrico di appartenenza:

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza del contenuto dell'art.76 del D.P.R.445/2000 e s.m.i. e delle eventuali sanzioni a carico delle persone che emettono dichiarazioni mendaci in atti pubblici e/o nelle dichiarazioni rese ai sensi dell'art.46 del D.P.R.445/2000 e s.m.i.

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'Informativa relativa al trattamento dei propri "dati personali", secondo le modalità indicate nell'art.13 del Regolamento Europeo n.679/2016, scaricabile dal sito www.andicom.it.

Con l'invio della pre-iscrizione si intendono accettate le condizioni di pagamento riportate sull'e-mail ricevuta unitamente al modulo d'iscrizione o sulla pagina web dedicata ai corsi di certificazione.

+ Data e Firma *:
