

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Premesso che

- ☐ Ho preso visione della informativa sulla privacy e consento al trattamento dei dati personali.
- ☐ Ho preso visione della scheda esplicativa delle modalità e dei costi dell'offerta pubblicata sul sito www.cartesiocentrostudi.it
- ☐ Ai sensi e per gli effetti di cui al DPR n. 445 del 28 dicembre 2000, DICHIARO la veridicità di tutti i dati inseriti nel presente modulo.

☐ Chiedo l'iscrizione alla Certificazione **SANITÀ DIGITALE**

Dati anagrafici

Cognome:.....

Nome:.....

Nato a:.....(.....) il:

Codice fiscale:.....

Email:.....

.....

Residenza e recapiti

Indirizzo:.....

Comune:.....(.....)CAP:.....

Telefono:.....Cellulare:.....

Documento di riconoscimento (carta identità/ patente) n°.....

Rilasciato da.....in data.....

A tal fine allego:

- ☐ Documento di riconoscimento
- ☐ Codice fiscale (tessera sanitaria)
- ☐ Quietanza di pagamento

Data

Firma
