



E.SI.FORM.
ENTE SICILIANO PER LA FORMAZIONE
Via Volturmo, 31 - 90138 Palermo
Tel/Fax – 091/329223

.....
Il/La sottoscritto/anato/a a.....

Il E residente in

Via/Piazza n°.....

Tel cell

C.F..... in possesso del seguente titolo di

Studio

CHIEDE

DI ESSERE ISCRITTO AL CORSO PROFESSIONALE N° _____ PER ALIMENTARISTA

Palermo li

Firma

.....

.....

**Autorizza al trattamento dei propri dati personali ai sensi del Decreto legislativo 196/03,
per le modalità connesse e strumentali allo svolgimento della seguente procedura.**

Palermo li

Firma

.....

.....

Si allega alla presente:

-
- **Fotocopia documento d'identità**
 - **Fotocopia codice fiscale**
-