



**E.SI.FORM.  
ENTE SICILIANO PER LA FORMAZIONE**

**Via Volturmo, 31 - 90138 Palermo**

**Tel/Fax – 091/329223**

.....  
Il sottoscritto ..... nato 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 L'ESERCIZIO DI ATTIVITA' COMMERCIALI NEL SETTORE MERCEOLOGICO ALIMENTARE E PER LA SOMMINISTRAZIONE DI ALIMENTI E BEVANDE, GESTITO DA CODESTO ENTE. IL SOTTOSCRITTO E' CONSAPEVOLE DEL FATTO CHE LA FREQUENZA AL CORSO E' OBBLIGATORIA E CHE SARA' ESCLUSO DALLA PARTECIPAZIONE ALL'ESAME FINALE QUALORA NON DOVESSE RAGGIUNGERE IL NUMERO MINIMO DI ORE DI FREQUENZA PRESCRITTO – 80 ORE.**

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**
  - **Fotocopia titolo di studio**
-