



Centro Polifunzionale  
Don Calabria  
Area Formativa

Via San Marco 121 , 37138 Verona  
045 8184411 – [formazioneadulti@centrodoncalabria.it](mailto:formazioneadulti@centrodoncalabria.it)

**DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CORSO DI ADDETTO  
ALLA MANIPOLAZIONE DELLE SOSTANZE ALIMENTARI**  
(Percorsi formativi effettuati in base alla legge Regionale n. 41 del 23/12/2003)

Il/La sottoscritto/a		
Nato/a a	il	Sesso: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Residente nel comune di	Prov.	CAP
Indirizzo		
Telefono	Cell.	
Codice fiscale		
Occupato presso l'azienda (facoltativo)		

**CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO AL CORSO DI  
ADDETTO ALLA MANIPOLAZIONE DELLE SOSTANZE ALIMENTARI**

PROGRAMMATO PER IL GIORNO  \_\_\_\_\_ (ORARIO INDICATIVO \_\_\_\_ - \_\_\_\_)

Modalità di pagamento prescelta:

- Contanti       Assegno bancario intestato a Centro Polifunzionale don Calabria
- Bonifico bancario presso Banco Popolare IBAN: IT37 U 05188 11729 000000401298
- Dichiaro di aver preso visione della "informativa per il trattamento dei dati personali"

Data .....

\_\_\_\_\_ (firma)

**Pagamento e rinuncia al corso**

*Il pagamento del corso dovrà avvenire all'atto dell'iscrizione. Eventuali rinunce dovranno pervenire alla segreteria dell'Area Formativa almeno 5 giorni prima della data del corso.*

*In caso di assenza alla data del corso o rinuncia oltre i termini previsti, l'iscritto sarà tenuto a versare, per l'iscrizione ad un nuovo corso, l'ulteriore cifra di 8€. Nessun rimborso è comunque dovuto.*

Per accettazione \_\_\_\_\_

(firma)

**allegati**

\* copia documento di identità    \* copia codice fiscale    \* eventuale copia precedente libretto

**Riservato segreteria**

Si conferma l'iscrizione per il giorno

Pagamento effettuato

sì    no

Chiede ricevuta

Chiede fattura