

MODULO DI ISCRIZIONE
Aggiornamento Formativo – ASO
Assistente di Studio Odontoiatrico

Il/La sottoscritto/a _____

nato a _____ () il _____

residente in _____ Prov. _____

in Via _____ n° _____ Tel. _____

e –mail _____ C.F. _____

di seguito definito proponente.

CHIEDE

di essere ammesso/a/l'ammissione al corso di aggiornamento formativo della durata di ore
10 per la qualifica **ASO** per l'anno _____ presso la sede del Centro Studi Civita , Via
Cristoforo Colombo 112, Piano 2 Scala D.

FIRMA

Nome e Cognome del proponente