



Consulenza aziendale e formazione qualificata

MODULO DI CONFERMA PARTECIPAZIONE

Corso :	
Data svolgimento:	
Luogo svolgimento:	

Con la presente la società *í í* conferma la propria partecipazione al corso nelle date sopra riportate, con i seguenti partecipanti:

<i>Cognome</i>	<i>Nome</i>	<i>Data di nascita</i>	<i>Codice fiscale</i>	<i>Profilo professionale (mansione)</i>

Se di nazionalità non italiana indicare il grado di conoscenza della lingua italiana:

- Nulla Insufficiente Sufficiente Buona

Referente aziendale:	
Data:	Firma e timbro:

* inviare il presente modulo in formato PDF all'indirizzo mail info@massimilianosaviola.it o via fax al numero 0521 1791.112.