



DENTAL EQUIPE SCHOOL

DOMANDA DI ISCRIZIONE AI CORSI

(*) campi obbligatori

+ Vorrei iscrivermi al seguente corso * :

- A1 - Corso annuale per assistente di studio odontoiatrico
- A2 - Corso annuale in management odontoiatrico per responsabili di segreteria e titolari sanitari
- A3 - Corso annuale di aggiornamento per assistenti di studio odontoiatrico
- A4 - Corso triennale per apprendisti assistenti dentali (art.44 D.Lgs.81/2015)

+ Presso la sede di * :

- Como
- Milano

+ Nome e Cognome * : _____

+ Indirizzo * : _____

+ CAP, Città e Provincia * : _____

+ Codice Fiscale * : _____

+ Email * : _____ + Telefono * : _____

+ Titolo di studio * : _____ + Anno Conseguimento * : _____

+ Eventuale Ragione Sociale dello studio odontoiatrico di appartenenza : _____

+ CAP, Città e Provincia dello studio odontoiatrico di appartenenza : _____

+ Come sei venuto a conoscenza della Dental Equipe School?

- canali ufficiali A.N.D.I
- facebook
- motori di ricerca
- passaparola

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza del contenuto dell'art.76 del D.P.R.445/2000 e s.m.i. e delle eventuali sanzioni a carico delle persone che emettono dichiarazioni mendaci in atti pubblici e/o nelle dichiarazioni rese ai sensi dell'art.46 del D.P.R.445/2000 e s.m.i.

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'Informativa relativa al trattamento dei propri "dati personali", secondo le modalità indicate nell'art.13 del Regolamento Europeo n.679/2016, scaricabile dal sito www.dentalequipeschool.it

+ Data e Firma * : _____