



**DENTAL EQUIPE SCHOOL<sup>©</sup>**

## DOMANDA DI ISCRIZIONE AI CORSI

(\*) campi obbligatori

+ Vorrei iscrivermi al seguente corso \*:

A2 - Corso annuale per office management delle strutture odontoiatriche

+ Presso la sede di \*:

Milano

Como

+ Nome e Cognome \* : \_\_\_\_\_

+ Indirizzo \* : \_\_\_\_\_

+ CAP, Città e Provincia \* : \_\_\_\_\_

+ Codice Fiscale \* : \_\_\_\_\_

+ E-mail \* : \_\_\_\_\_ + Telefono \* : \_\_\_\_\_

+ Titolo di studio \* : \_\_\_\_\_ + Anno Conseguimento \* : \_\_\_\_\_

+ Eventuale Ragione Sociale dello

studio odontoiatrico di appartenenza : \_\_\_\_\_

+ CAP, Città e Provincia dello studio di appartenenza : \_\_\_\_\_

+ Come sei venuto a conoscenza dei corsi della Dental Equipe School?

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

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza 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 avere preso visione dell'informativa al trattamento dei propri "dati personali", secondo le modalità incaricate nell'art. 13 del Regolamento Europeo n.679/2016 e del Regolamento della Dental Equipe School, scaricabile dal sito [www.dentalequipeschool.it](http://www.dentalequipeschool.it)

+ Data e firma \* :

