



**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CORSO DI FORMAZIONE
CORSO DI ASSISTENTE ALL'AUTONOMIA ED ALLA COMUNICAZIONE (ASACOM)**

Il/La sottoscritto/a (Nome) _____
(Cognome) _____
nato/a a _____ Prov. di _____
il _____
residente in Via/Piazza _____ n. _____ Città _____
Prov. _____ CAP _____
Cell. _____
e-mail _____

CHIEDE

di iscriversi al corso di formazione ASSISTENTE ALL'AUTONOMIA ED ALLA COMUNICAZIONE (ASACOM)
gestito da EAP FEDARCOM presso la sede di _____

di aver versato:

- La quota di 50,00 euro come quota di pre iscrizione in data _____
- La quota di 150,00 euro come quota di iscrizione in data _____
- di concludere il pagamento con 8 rate da 150,00 euro mensili

((IBAN IT57H0200883421000101475858) intestato a EAP FEDARCOM / Nella Causale del bonifico indicare i seguenti
dati: " quota d'iscrizione al corso Asacom - indicare il nome e cognome e sede corsuale

Data _____

FIRMA LEGGIBILE

Allega: titolo di studio, copia documento di identità e Codice Fiscale o Tessera Sanitaria