

CORSO di optometria per ottici

nella tua città

MODULO DI PRE ISCRIZIONE

Inoltare **entro il 30/11/09** al numero di fax **0141 033112**
o all'indirizzo e-mail: **info@otticoaftalmica.it**
o via posta a: **FABIANO GROUP S.R.L. - Reg. S. Giovanni 40 - 14053 Canelli (AT)**
(Allegare copia documento di identità)

Cognome _____

Nome _____

Codice fiscale:

Data di nascita: / /

Luogo di nascita _____ Prov. _____

Indirizzo domicilio: _____ n. civico _____

CAP _____ Località _____ Prov. _____

Tel. fisso _____ Cell. _____

Fax _____ e-mail: _____

In possesso dell'Attestato di abilitazione all'esercizio dell'arte ausiliaria sanitaria di Ottico

conseguito il _____ presso _____

(dichiarazione rilasciata sotto la propria responsabilità ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Autorizzo al trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 30 Giugno 2003 n. 196

Data: _____ Firma _____

ESPRIMO IL MIO INTERESSE PER IL CORSO DI OPTOMETRIA NELLA CITTÀ DI:

TRENTO

MILANO

TORINO

ROMA

PESCARA

CASERTA

PADOVA

PARMA

GENOVA

COSENZA

BARI

ORISTANO

RIMINI

CATANIA

VINCI

COSTO DEL CORSO € 3.750 + IVA