

**SCHEDA DI ISCRIZIONE CORSO**

La/Il sottoscritt..

DATI ANAGRAFICI	
NOME	
COGNOME	
CODICE FISCALE	
NATA A	IL
DOMICILIO FISCALE	
VIA	N° CIVICO
CAP E CITTA'	
TELEFONO	FAX
E-MAIL	CELLULARE
INDIRIZZO STUDIO	
VIA	N° CIVICO
CAP E CITTA'	
TELEFONO	

**Chiede l'iscrizione al corso .....**

Dichiara di essere Socia effettiva, e/o dichiara di essere iscritt... all'Albo o al Registro dei Praticanti tenuto dall'Ordine dei Dottori Commercialisti del Tribunale di .....

Effettua il pagamento della quota di € ....., .. in qualità di:

Dottore Commercialista — I E s t e r n o

Praticante Dottore Commercialista

con le seguenti modalità:

Contanti       bonifico IT63 U033 5901 6001 0000 0109 015

Autorizza al trattamento dei propri dati personali ai sensi della Dlgs. 196\2003

DATA

FIRMA