



ESPACECOMPÉTENCES

CENTRE DE FORMATION
DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL

MODULO DI ISCRIZIONE

FORMAZIONE :

Data scelta : _____

Informazioni personali

Apellativo

Signora

Signor

Cognome

Nome

Indirizzo

NPA/località

Cellulare (e/o tel. privato)

E-mail privata

Membro ASI

No

Sì, n. membro : _____

Informazioni professionali

Datore di lavoro

Indirizzo

NPA/località

Funzione

Tel prof.

Cell. prof.

E-mail prof.

Datore di lavoro membro H+ No

Sì

Da fatturare

Al partecipante

Al datore di lavoro

Osservazioni

Ho letto et accetto le condizioni generali.

Qualsiasi modifica, rinvio o annullamento dell'iscrizione comporta delle spese (cfr. Condizioni generali).

Le condizioni generali sono consultabili sul nostro sito internet, nel nostro catalogo cartaceo o su richiesta.

Data :

Firma :

Firma e timbro del datore di lavoro

Indispensabile in caso di fattura al datore di lavoro :

Da ritornare :

- per fax allo 021.799.92.65
- per email a inscriptions@espace-competences.ch
si prega di scansionare e allegare il documento compilato
- per posta a :
Espace Compétences SA
Bureau des inscriptions
Rte Grandvaux 14
1096 Cully