

CORSI SINGOLI a.a. 2023/2024

Il/La Sig./Sig.ra

COGNOME	NOME

Nascita

DATA	LUOGO

Residenza

PAESE	CITTA	PROVINCIA

Recapiti

MAIL	TEL/CELL.

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO/A per l'a.a. _____/_____
AI SEGUENTI CORSI SINGOLI:

Livello	Corso	Docente	CFA
Totale contributi di iscrizione da versare (€ 50,00 per CFA max 36 CFA)			€

Nel semestre

 I

 II

Allega la ricevuta di versamento del contributo di iscrizione nella misura del:

50%	100%
-----	------

Il Richiedente