

ANNO 2019 - 2020

DOMANDA DI ISCRIZIONE

CORSO DI ASSISTENTE STUDIO ODONTOIATRICO

Il sottoscritto _____

nato a _____ (prov. _____) il _____

residente a _____ in via _____ n. _____

Tel. _____ codice Fiscale _____

in possesso del seguente Titolo di Studio _____

conseguito nell'anno scolastico _____

Chiede di essere iscritto presso codesto Istituto per l'anno 2019 – 2020 per la frequentazione del corso di assistente di studio odontoiatrico (ASO).

L'iscrizione è subordinata al possesso di tutti i requisiti necessari secondo la vigente normativa.

Data e firma

Odontus s.r.l.

21100 Varese via B.Castelli, 6 Tel. 0332-238.389

www.odontus.it

Banca Intesa

IBAN IT03G0306910803100000001979

ABI 03069; CAB 10803