



Confederazione Nazionale Artigiani Autonomi  
Piccoli e Medi Imprenditori

SEDE PROVINCIALE AGRIGENTO

Tel. 0925-545061 -Fax 0925-560301

Email : [presidenza@capimed.it](mailto:presidenza@capimed.it)

Sito internet : [www.capimed.it](http://www.capimed.it)

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

### “Corso per Alimentaristi”

Il sottoscritto				M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
	Cognome e nome				
nato a		il			
residente nel Comune di					
via/piazza				n.	
cap		Tel.		Cell.	
mansione/attività					
Codice Fiscale					

### CHIEDE di partecipare al

“**Corso per alimentaristi**”, organizzato dall'Associazione CAPIMED che si terrà presso la propria sede in via \_\_\_\_\_ ( )

Il sottoscritto autorizza al trattamento dei propri dati personali per tutto ciò che concerne la realizzazione dell'attività formativa.

Data .....

Firma del richiedente .....

La presente scheda va debitamente compilata e inviata a mezzo fax:- al numero 0925545061 oppure Tramite mail all'indirizzo [segreteria@capimed.it](mailto:segreteria@capimed.it) - [formazione@capimed.it](mailto:formazione@capimed.it)

Per ulteriori informazioni telefonare contattare il responsabile provinciale CAPIMED al numero 338/8115510 – 0925545061