



AWE Formazione S.r.l.

CCIAA Roma - P.I. 14870441004 Cap. Sociale: 50.000,00 euro i.v.

Sede Legale: Viale Odone Belluzzi 33 – 00128 - Roma (RM)

Centro Formativo: Via Giovanni Paolo II 42/44, 67068 - Cappelle dei Marsi di Scurcola Marsicana (AQ)

e-mail: iscrizioni@awesformazione.it Tel. 0863 1825006 Cell. 3929170526

Modulo di preiscrizione MASTER AREA SANITARIA

Il/La sottoscritto/a:

NOME _____ COGNOME _____,

NATO IL _____ A _____

PROV. _____, RESIDENTE IN _____,

VIA _____, C.F. _____,

DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO N. _____, RILASCIATO

DA _____, SCADENZA _____,

CELL. _____, MAIL _____,

PEC _____

CHIEDE di iscriversi AL MASTER

Si richiede, altresì, di ricevere la modulistica completa al seguente indirizzo email _____.

Data e Luogo _____

Firma _____