E.L.Fo
ente ligure di formazione

**Società Coop. Impresa Sociale**
Via Piemonte Reg. Carrà 19/5B
17031 Albenga

tel 0182.559636
email segreteria@elfoliguria.it
pec elfoliguria@pec.it

codice fiscale: 92071190091
partita I.V.A. 01279200099
numero REA SV – 240468

# Corso di primo soccorso

**E.L.Fo. - Soc. Coop. Impresa Sociale - Organizza il corso di primo soccorso**

## Barrare con una X la casella per il corso richiesto:

☐ **GRUPPO A**

**DURATA CORSO: 16 ORE**

**COSTO CORSO: 220,00 € (IVA COMP.)**

☐ **GRUPPO B + C**

**DURATA CORSO: 12 ORE**

**COSTO CORSO: 170 € (IVA COMP.)**

**SEDE DEL CORSO: E.L.Fo. Soc.Coop. Impresa Sociale – Via Gin Noberasco 8, 17031 Albenga**

**Con la presente scheda il sottoscritto richiede l'iscrizione al corso**

**DATI RELATIVI ALLA COMPILAZIONE DEL DOCUMENTO FISCALE (FATTURA/RICEVUTA)**
***Si prega di compilare in STAMPATELLO!!!***

| | | | |
|---|---|---|---|
| **AZIENDA** | | | |
| **SEDE LEGALE** (via, n° civico, CAP, città) | | | |
| **P.IVA** | | **C.F.** | |
| **PEC** | | **CODICE UNIVOCO** | |

**DATI ANAGRAFICI DEL CORSISTA** ***Si prega di compilare in STAMPATELLO!!!***

| | | | |
|---|---|---|---|
| **COGNOME E NOME** | | | |
| **LUOGO E DATA DI NASCITA** | | | |
| **CODICE FISCALE** | | | |
| **TELEFONO** | | **E-MAIL** | |
| **RESIDENZA** (via, n° civico, CAP, città) | | | |
| **TITOLO DI STUDIO** | | | |

**Completato positivamente il percorso formativo e previo superamento esame/prova finale, verrà rilasciato attestato di frequenza/qualifica.**

**Modalità di pagamento:**
1-Bonif. Bancario: Banco DESIO – Leca d'Albenga – IBAN IT09L0344049251000047219615; intestato ad E.L.Fo. Ente Ligure di Formazione; **causale: nome corso + nome corsista.**
2- Presso la nostra sede a mezzo bancomat, contanti o assegno all'inizio del corso.

Data _____ Firma _____

I dati forniti vengono raccolti in conformità a quanto previsto dal Regolamento UE 679/2016 in materia di protezione dei dati personali e saranno utilizzati per le finalità sopra indicate.