

CERTIFICAZIONE



EIPASS

Orizzonte Docenti
associazione nazionale

Modulo di iscrizione

EI CENTER: Centro Studi "Istituto Enrico Fermi"

Via Garibaldi 65. 95040 Castel di Iudica (CT)

Tel. :095 2275919

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ (provincia _____) il _____
domiciliato in via/piazza _____
CAP _____ Comune _____ (Provincia _____)
Codice fiscale _____
telefono _____ / _____ telefono cellulare _____
e-mail (personale) _____

CHIEDE DI **SOSTENERE GLI ESAMI** PER LA CERTIFICAZIONE **EIPASS organizzati da codesto EI CENTER**

Il costo di € _____ è comprensivo della quota associativa per l'anno 2014

Il socio versa la quota relativa di euro: quale Saldo / Acconto

Si autorizza al trattamento dei dati personali

(Data) _____ (Firma) _____

Versamento da effettuare a favore del

Centro Studi " Istituto Enrico Fermi" di Castel di Iudica (CT)

iban IT76T0503483920000000215591 Banco Popolare Siciliano Agenzia di Castel di Iudica

Causale: Saldo/Acconto Esami Eipass e quota associativa