

Modulo d'iscrizione a un corso del Care Team Ticino

Dati personali

Inviare la corrispondenza a:

Indirizzo privato

Indirizzo commerciale

Organizzazione

Professione
appresa

Funzione

Professione
esercitata

Appellativo

Signor

Signora

Nome

N. AVS

Cognome

Data di nascita

Via / N. civico

NPA / Luogo

Telefono privato

Telefono ufficio

E-mail privato

E-mail ufficio

Telefono cellulare

Dati concernenti il corso

Corso desiderato

Date del corso

dal

al

Mi iscrivo a questo corso quale membro di

Organizzazione

Funzione

Condizioni
d'ammissione



Confermo che le condizioni d'ammissione al corso sono soddisfatte secondo le schede formative del Care Team Ticino, riportate sul sito internet www.ti.ch/careteam

Luogo:

Data:

Firma:

Compilare e spedire a:

Massimo Binsacca, Caposervizio CTTi, Via Luini 12, 6600 Locarno oppure via e-mail a:
massimo.binsacca@ti.ch

Fatturazione (lasciare in bianco)

Tariffa:.....

A carico di:.....