



Spett.le **LS Finance S.R.L.**
 Corso Sicilia n. 111
 95131 Catania

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL CORSO PER "ASSISTENTE STUDIO ODONTOIATRICO"
 CORSO 700 ore**

Il/La sottoscritto/a													
NOME.....COGNOME.....													
nato/a a prov. il													
residente in via n.													
C.A.P. Città Prov.													
numero telefono numero cellulare													
indirizzo e-mail:.....													
CODICE FISCALE:													

CHIEDE

DI ESSERE AMMESSO/A AL CORSO DI QUALIFICA PER "ASSISTENTE STUDIO ODONTOIATRICO"

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atto falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARA:

- di essere in possesso della cittadinanza _____
- di aver adempiuto al diritto dovere all'istruzione previsto dalla normativa vigente e di essere in possesso del seguente titolo di studio conseguito in Italia.....
- di versare un acconto di Euro _____

Dichiara inoltre di avere letto e di accettare le condizioni presenti nel contratto relative alla frequenza al corso, alla conferma di partecipazione e all'impegno a versare la quota di iscrizione dovuta.

ALLEGA COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

copia del documento di identità in corso di validità

Luogo e data

Firma del richiedente

.....