



La/Il sottoscritt/a/o

NOME		COGNOME	
NATA/O A:		PROVINCIA	
IL		C.F.	
RESIDENTE IN		PROVINCIA	
CAP		INDIRIZZO	
EMAIL		TELEFONO	
FAX		MOBILE	
TITOLO DI STUDIO			

CHIEDE

di aderire all'Associazione AIPROF Associazione Italiana Professionisti Formatori

A tal fine dichiara:

- di conoscere ed accettare lo Statuto vigente;
- di conoscere ed accettare il Codice Deontologico vigente;

Luogo e data: _____

FIRMA

Dichiaro di aver preso visione della "Informativa ai sensi del D.Lgs n. 196 del 30 giugno 2003 per il trattamento dei dati personali" sul sito www.aiprof.it

Luogo e data: _____

FIRMA

allegare copia curriculum vitae e documento di identità