



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ – ΣΧΟΛΗ ΧΟΡΟΥ
CENTRO ELLENICO DI CULTURA – SCUOLA DI DANZA



MODULO DI ISCRIZIONE

Cognome:		
Nome:		
Nato a:	il:	
Documento n.:		
Via:		
CAP:	Provincia:	
Città:		
Tel. Abitazione:	Anno:	
Tel. Ufficio:	Ciclo:	
Cellulare:	Periodo del corso:	
E-mail:	Retta €:	
Professione:	n. di matricola:	
Titolo di Studio:	Altre informazioni:	

MILANO _____, li _____

FIRMA

Ai sensi della Legge 675/96 il sottoscritto _____

Autorizza e acconsente espressamente che i dati raccolti possano costituire oggetto di trattamento per la finalità della corretta gestione del rapporto interno.

FIRMA