



C. A. R.

CORSO 40 ORE
TECNICO MECCATRONICO DELLE AUTORIPARAZIONI
Domanda di iscrizione per
RESPONSABILE TECNICO GIA' ABILITATO
CATEGORIA MECCANICA-MOTORISTICA O ELETTRAUTO

DA COMPILARE E TRASMETTERE CAR@AUTORIPARATORI.IT - FAX 0623279765

Sezione 1.1. DATI ANAGRAFICI

Cognome Nome	
Contatti	Cellulare: _____ Tel casa: _____ E-mail: _____
Codice Fiscale	
Cittadinanza	<input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> UE <input type="checkbox"/> Extra UE Specificare: _____
Genere	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Data e luogo di nascita	
Residenza	Via: _____ Cap: _____ Comune di: _____ Prov. (_____)
Domicilio	Via: _____ Cap/Quartiere: _____ Comune di: _____
Permesso di soggiorno	In Italia da Scadenza:.....Motivo.....
Stato Civile	<input type="checkbox"/> Libero/a <input type="checkbox"/> Coniugato/a <input type="checkbox"/> Separato/a <input type="checkbox"/> Divorziato/
Socio Confartigianato	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <i>Se ha barrato No compili</i> <i>Consento al trasferimento dei miei dati a Confartigianato</i> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____ (firma)



C. A. R.

Sezione 1.2 STATO OCCUPAZIONALE

Occupato/a¹:	<input type="checkbox"/> Dipendente	<input type="checkbox"/> Libero professionista/Lavoratore Autonomo
	<input type="checkbox"/> Imprenditore	<input type="checkbox"/> Praticante
	<input type="checkbox"/> Lavoratore Atipico	<input type="checkbox"/> Altro

Sezione 1.3 PROFILO FORMATIVO

Titolo di studio	<input type="checkbox"/> Licenza Elementare <input type="checkbox"/> Licenza Media <input type="checkbox"/> Qualifica Professionale <input type="checkbox"/> Diploma <input type="checkbox"/> Laurea triennale (specificare): <input type="checkbox"/> Laurea magistrale (specificare): <input type="checkbox"/> Laurea Vecchio Ordinamento (specificare): <input type="checkbox"/> Titolo non riconosciuto <input type="checkbox"/> Altro (specificare):
Si iscrive	<input type="checkbox"/> a titolo personale <input type="checkbox"/> per conto della ditta: _____ VIA: _____ CAP: _____ COMUNE _____ PROV. (_____) TEL. _____ FAX _____ E-MAIL _____ P.IVA _____
E' venuto/a a conoscenza del corso tramite?	_____
Profilo professionale:	<input type="checkbox"/> Responsabile tecnico già abilitato, ma solo per la meccanica- motoristica <input type="checkbox"/> Responsabile tecnico già abilitato, ma solo come elettrauto.
Costo del corso	Il costo è € 450,00+IVA per gli aderenti a Confartigianato, anzichè € 550,00+ IVA da versarsi mediante bonifico a seguito della verifica dei requisiti d'ingresso

A tal fine **SI ALLEGA** la seguente documentazione

1. fotocopia fronte e retro del documento di identità e fotocopia codice fiscale;
2. Titolo attestante l'attuale qualificazione come Responsabile Tecnico

Luogo e data _____

Firma del richiedente _____

Per ulteriori informazioni E Mail: car@autoriparatori.it

Spazio riservato alla Segreteria Organizzativa

DOMANDA RICEVUTA IL _____

TIMBRO E FIRMA _____
