



2 ^ edizione

Corso rinnovo abilitazione Formatori Regionali - 2019

DATI FORMATORE

Cognome: _____

Nome: _____

Luogo e data di nascita: _____

Domicilio: _____

Comune _____ Prov. _____ cap: _____

Tel: _____ Cell: _____

e-mail _____ n. Tessera FGI: _____

Comitato Regionale di appartenenza _____

Prima sede scelta: _____

Seconda sede scelta: _____

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del GDPR 2016/679

Data _____

Firma _____

