

**Richiesta iscrizione al Corso di PRIMA Formazione obbligatoria per i gestori di sale da gioco e dei locali con apparecchiature per il gioco d'azzardo**

Il Sottoscritto  in qualità di titolare/legale rappresentante della ditta

Codice Ateco  con sede Comune (cap)

Via/Piazza/n°  telefono

cellulare  mail  P. IVA

**CODICE fatturazione elettronica SDI/PEC :**

**Associato** a Confesercenti della Lombardia Orientale

- Con la presente **ISCRIVE** al corso di **Aggiornamento di Formazione obbligatoria per i gestori di sale da gioco e dei locali**. La data di svolgimento sarà comunicata via mail o telefono. In caso di mancata presenza al corso le somme non saranno restituite.  
**Durata 4 ore 60,00 € + IVA = 73,20 €**

| COGNOME E NOME                         | CODICE FISCALE       | LUOGO E DATA DI NASCITA | Qualifica (TITOLARE, COLLABORATORE, COADIUVANTE ) |
|--|----------------------|-------------------------|---|
| <input type="text"/>                   | <input type="text"/> | <input type="text"/>    | <input type="text"/>                              |
| Residenza: (Paese/Città) (CAP) (VIA N) |                      | Cittadinanza            | Titolo di studio                                  |
| <input type="text"/>                   |                      | <input type="text"/>    | <input type="text"/>                              |
| NUMERO DOCUMENTO D'IDENTITA'           |                      | <input type="text"/>    |   |

**MODALITÀ DI PAGAMENTO:** BONIFICO BANCARIO INTESTATO A **ACOF OLGA FIORINI Cooperativa sociale**  
ISTITUTO: INTESA SAN PAOLO, **IBAN IT43D0306922810100000012375**  
CAUSALE: **PRIMA FORMAZIONE LUDOPATIA**

**TRASMETTERE IL MODULO COMPILATO E LA COPIA DELL'AVVENUTO PAGAMENTO ALL'INDIRIZZO EMAIL: [formazione@comservizi.it](mailto:formazione@comservizi.it)**

Luogo e data

In fede Timbro e Firma