



E.N.D.A.S.
MODULO RICHIESTA
DIPLOMA NAZIONALE
 Inviare a: formazione@endas.it

Il Sottoscritto

Nome*		Cognome*	
Data di nascita*		Nato a*	Pr*
Residente in Via/Piazza*			N°
Comune*		Pr*	Cap*
Tel. fisso		Cellulare*	E-mail*
Codice Fiscale*		Tessera N.*	
ASD/SSD*			

Indirizzo corrispondenza se diverso da residenza: c/o			
Via/Piazza		N°	
Comune		Pr	Cap

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nel caso di dichiarazioni false e mendaci

DICHIARA

Di aver superato con esito positivo il corso di formazione al fine dell'ottenimento del Titolo di:

Insegnante 1° Livello 2° Livello 3° Livello 4° Livello

Disciplina	
In data	
Cinture colorate	
Grado	

CHIEDE IL RILASCIO DEL DIPLOMA NAZIONALE

Allegati Codice fiscale Carta d'Identità

AUTORIZZO ENDAS AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG. EU 2016/679
 HO PRESO VISIONE DELL'INFORMATIVA ESPLICITATA SUL SITO WWW.ENDAS.IT

* **Campi obbligatori**

Data,

Firma Richiedente