

### ***Dati Azienda***

Ragione sociale \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

P.Iva o Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

### ***I Vostri iscritti***

*Nome e cognome*

*Ruolo*

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

### ***Condizioni contrattuali***

1. Il presente modulo va compilato in ogni sua parte, firmato, timbrato ed inviato all'indirizzo e-mail [info@siganconca.it](mailto:info@siganconca.it).
2. Ogni variazione di data e ora verrà comunicata tempestivamente all'azienda iscritta, la quale lo comunicherà successivamente ai relativi dipendenti.
3. In caso di assenza di un dipendente BISOGNA avvisare entro il settimo giorno antecedente alla partenza del corso, pena esclusione dell'azienda intera.

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma \_\_\_\_\_