

CORSO EIPASS*

(specificare il corso che si desidera fare)*
7 MODULI USER o PROGRESSIVE

Email _____

Cognome Nome _____

Luogo e Provincia di nascita _____

Data di nascita _____

Telefono _____

Cellulare _____

Codice fiscale _____

Residenza _____ Via _____ nr. _____

Provincia _____ CAP _____

Titolo di studio _____

Occupazione _____

Documento di Riconoscimento in validità _____ nr. _____

Appartenente alla Segreteria provinciale Sap di _____

Famigliare dell'iscritto SAP _____

Spedire a:

convenzioni@sap-nazionale.org