



**CONTROLLO SOCIETARIO E REVISIONE DEI CONTI  
CORSO DI SPECIALIZZAZIONE**

**Centro Botta – Como, via Rezzonico 23**

**SCHEDA DI PRENOTAZIONE**

Si conferma la partecipazione al corso di:

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

con studio in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

Iscritto al n° \_\_\_\_\_ Ordine/Collegio dei \_\_\_\_\_

della provincia di \_\_\_\_\_

Preso atto dei miei diritti ai sensi art. 10 l. 675/96, con la sottoscrizione della presente consento l'uso dei miei dati personali ai soli fini del rilascio dell'attestazione di partecipazione.

Autorizzo

Non autorizzo

Como, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Da trasmettere via fax al seguente numero: 031/30.08.37 unitamente alla copia del bonifico effettuato.