PMI ITALIA
PROFESSIONI

ASSOCIAZIONE PROFESSIONALE CHE RILASCIA L'ATTESTATO DI QUALITA'

MODULO DI RICHIESTA PER L'ISCRIZIONE NEL REGISTRO NAZIONALE DELLE PROFESSIONI

NOME E COGNOME_____

LUOGO E DATA DI NASCITA_____

CODICE FISCALE_____

TITOLO DI STUDIO_____

RECAPITO CELLULARE/TELEFONO_____

E-MAIL PER INVIO ATTESTATO DI QUALITA' E QUALIFICAZIONE PROFESSIONALE, AI SENSI DEGLI ARTICOLI 4,7 9, DELLA LEGGE 14 GENNAIO 2013, N°4

e-mail: _____

PROFESSIONISTA
DICHIARA

- DI ESSERE ASSOCIATO ALLA PMI ITALIA-PROFESSIONI PRESSO LA SEDE DI: _____ _____

- ALLEGATI: CURRICULUM PROFESSIONALE - TITOLO DI STUDIO - AUTOCERTIFICAZIONE ATTESTANTE IL POSSESSO DEI REQUISITI PREVISTI DALLA NORMATIVA VIGENTE – ASSICURAZIONE RISCHIO PROFESSIONALE.

DATA_____/_____/_____Firma Leggibile