

**INCONTRO FORMATIVO STAFF STRUTTURE ALBERGHIERE E DI  
RISTORAZIONE  
MODULO DI ADESIONE**

Denominazione Struttura richiedente \_\_\_\_\_

Referente: Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Qualifica Referente \_\_\_\_\_

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

N. Tot. Partecipanti \_\_\_\_\_

Qualifiche \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data: si prega barrare l'opzione scelta

Mercoledì 27 marzo

Sabato 30 marzo

*Sarà data conferma in ordine di arrivo delle prenotazioni, dando priorità alle strutture che avranno indicato la doppia opzione*