

SCUOLA DI NATUROPATIA

Wani - Due Cieli. Torino

DICHIARAZIONE DEL TITOLO DI STUDIO

io sottoscritto/a:

nato/a a: il

e residente in:

via e n°:

codice fiscale:

DICHIARO

SOTTO LA MIA TOTALE RESPONSABILITA'

DI ESSERE IN POSSESSO DEL SEGUENTE TITOLO DI STUDIO:

.....

conseguito presso l'Istituto:

sito in :

in data:

In fede,

firma leggibile:

data e luogo: