



I sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____, e residente nel Comune di _____
CAP _____ prov (____) in via _____
Codice fiscale _____ p.iva _____
recapito telefonico _____ Email _____

CHIEDE

Di essere iscritto/a ai corsi di formazione di: **ANTI CONTAGIO COVID-19 GRATUITO**

MODALITA' DI ISCRIZIONE

L'iscrizione al corso si perfeziona inviando il presente modulo debitamente compilato in ogni sua parte e sottoscritto tramite e-mail all'indirizzo: dpmingegneri@libero.it e/o provenzano.matteo@gmail.com

Al presente modulo dovrà essere allegata:

- copia di un valido documento di riconoscimento del corsista in corso di validità;

CONSENSO ALTRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:

In conformità al D.Lgs. 196/2003 esprimo il consenso al trattamento dei dati personali. I dati inseriti saranno utilizzati negli stretti limiti del perseguimento delle medesime finalità per le quali i dati sono stati raccolti. I dati saranno conservati con la massima riservatezza e non verranno divulgati.

Luogo e data _____

Firma