

Scheda di Iscrizione
**FORMAZIONE PER ADDETTI AL PRIMO
SOCCORSO**
per Aziende Gruppi B e C

NOME _____ COGNOME _____

DATA NASCITA _____ COMUNE NASCITA _____ PROV. _____

CODICE FISCALE _____ SESSO M F

E-MAIL (STAMPATELLO) _____

N. TELEFONICO _____ CELL. _____

AZIENDA DI APPARTENEZA:

RAGIONE SOCIALE: _____

INDIRIZZO: VIA/PIAZZA _____ N° _____ COMUNE _____ PROV. _____

N. TELEFONO _____ FAX: _____ EMAIL: _____

P.IVA: _____ CODICE FISCALE: _____

Timbro e Firma Azienda

Dichiara inoltre di essere informata/o, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D. Lgs.30.06.2003 n. 196 che i dati personali raccolti nel presente documento saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

Firma

PRIVACY

Il Presente Modulo va riconsegnato ad Irecoop Emilia Romagna al momento della consegna della documentazione richiesta per la candidatura al corso e/o in aula

IRECOOP EMILIA ROMAGNA SOC. COOP. Utilizza, anche tramite collaboratori esterni, i dati che la riguardano per sue finalità amministrative, contabili, anche quando li comunica a terzi. Informazioni dettagliate, anche in ordine al suo diritto di accesso e agli altri suoi diritti, sono riportate all'indirizzo www.irecoop.it.



Il sottoscritto _____ ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/03, esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali conferiti, nei limiti e secondo le modalità di cui all'informativa.

Data

Firma



Dichiara di prestare il consenso per la diffusione dei propri dati personali, ivi compresi le immagini video fotografiche, per le finalità e ai soggetti indicati nell'informativa

Do il consenso

Nego il consenso

Data

Firma