

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CORSO

Da restituire, debitamente compilata e firmata, a mezzo email a segreteria@aicpuglia.it

COGNOME _____ NOME _____

TELEFONO _____ CELL. _____ E-MAIL _____

DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA _____

SITO A _____ IN VIA _____

TELEFONO _____ CELL. _____ E-MAIL _____

P.IVA.....

DICHIARO LA MIA DISPONIBILITA' A PARTECIPARE AL CORSO DI FORMAZIONE ORGANIZZATO DAL SIAN DELL'ASL PROVINCIALE CON LA COLLABORAZIONE DI AIC PUGLIA (DGR 2272/2012)

Resto in attesa di conoscere il luogo, la data e l'ora del corso

Dichiarazione liberatoria ai fini del D.Lgs. 196/2003 "Tutela del trattamento dei dati personali". In riferimento all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, la/il sottoscritta/o _____ titolare e legale rappresentante dell'azienda _____ autorizza espressamente l'utilizzo dei propri dati limitatamente alle comunicazioni/ contatti/ iniziative previsti dal Progetto AFC dell'Associazione Italiana Celiachia. I dati richiesti o acquisiti sono trattati con l'ausilio di strumenti cartacei, elettronici o comunque automatizzati atti a memorizzarli, gestirli e trasmetterli e conservati in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza degli stessi. Gli stessi dati potranno essere rettificati in qualsiasi momento.

Data _____ Firma _____

INDICO, QUI DI SEGUITO, LE GENERALITA' DEL PERSONALE CHE PARTECIPERA' AL CORSO:

COGNOME E NOME _____ QUALIFICA _____

COGNOME E NOME _____ QUALIFICA _____

COGNOME E NOME _____ QUALIFICA _____

COGNOME E NOME _____ QUALIFICA _____

Dichiarazione liberatoria ai fini del D.Lgs. 196/2003 "Tutela del trattamento dei dati personali;" In riferimento all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, I sottoscritti autorizzano espressamente l'utilizzo dei propri dati limitatamente alle comunicazioni/ contatti/ iniziative previste dal Progetto AFC dell'Associazione Italiana Celiachia.

I dati richiesti o acquisiti sono trattati con l'ausilio di strumenti cartacei, elettronici o comunque automatizzati atti a memorizzarli, gestirli e trasmetterli e conservati in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza degli stessi. Gli stessi dati potranno essere rettificati in qualsiasi momento.

Data _____

Firma _____ Firma _____

Firma _____ Firma _____

PER ULTERIORI INFORMAZIONI RIVOLGERSI A :Referente regionale AFC Dott.ssa Antonella Spedicato tel. 3317658199.