

CORSO PER FORMATORI SICUREZZA SUL LAVORO

MODULO DI ADESIONE

NOME _____ COGNOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

INDIRIZZO _____

CAP _____ CITTA' _____ PROV. _____

TELEFONO _____ CELLULARE _____ FAX _____

E-MAIL _____

CODICE FISCALE _____ PROFESSIONE _____

ISCRITTO AL COLLEGIO DI _____ ISCRITTO ARIFOS / ESE

ALTRO _____ **Dichiara di aver presa visione dell'apposita locandina Informativa del corso**

Allega bonifico effettuato sul conto corrente intestato ad "ARIFOR Ass.Rapp.Italiana"

IBAN : **IT22 H033 5901 6001 0000 0079 911** della somma di Euro _____

(_____) specificando nella causale "Iscrizione Corso Formatori "

Ai sensi del D.LGS. 30 Giugno 2003 n. 196, e successive modificazioni ed integrazioni, il sottoscritto esprime il proprio consenso a che i dati personali e quelli personalmente comunicati vengano utilizzati ai fini statistici ed istituzionali ed espressamente per le iniziative promosse dall' ente organizzatore.

Data e luogo _____

Firma _____

AUTORIZZAZIONE ALL'INVIO DI DOCUMENTAZIONE CONTENENTE DATI PERSONALI A MEZZO FAX oppure con email oppure con posta.

"Si esprime il proprio consenso ai sensi del D.LGS 30 Giugno 2003 n. 196, alla trasmissione dei dati personali a mezzo fax oppure con email oppure con posta, esonerando da ogni responsabilità l' ente organizzatore nell'ipotesi in cui della comunicazione vengano a conoscenza soggetti diversi dal sottoscritto interessato. La presente autorizzazione è valida sino a revoca." Inoltre autorizza l'ente organizzatore a pubblicare eventuali fotografie che lo ritraggono.

Data e luogo _____

Firma _____