

Operatore BLSD

Dal 10/10/2020 alle 08:30 al 07/03/2020 alle 13:30

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____

Nome _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Pr _____

Email _____

Cellulare _____

Data di Nascita _____ Luogo _____

Società _____

Qualifica / Ruolo _____

Informazioni di fatturazione

Intestazione fattura/ricevuta _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Pr _____

Codice Fiscale _____ Partita IVA _____

Il sottoscritto consapevole delle sanzioni penali previste, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 6, co. 2, DPR n° 403/98, DICHIARA che quanto esposto corrisponde a verità DICHIARA, inoltre, di essere in stato di salute psico-fisica idonea alla frequenza di corsi in aula e dichiara di avere conoscenza del fatto che la scuola di formazione è esente da responsabilità in caso di malore conseguenza diretta del mio stato di salute.

TUTELA DELLA PRIVACY: Vi informiamo che ai sensi del D.Lgs. 196/2003 i Vs. dati personali acquisiti in occasione del rapporto intercorrente con Voi ed inseriti in una nostra banca dati, saranno utilizzati ai fini del rapporto stesso, oltre che per gli adempimenti ed obblighi di legge, e saranno comunque mantenuti riservati. Vi ricordiamo, inoltre, che Vi sono riconosciuti i diritti dell'interessato, stabiliti dal Codice Privacy (Artt. 7-10).

Data _____ Firma _____