

RICHIESTA DI ISCRIZIONE

al corso di Primo Soccorso con Defibrillatore (BLS-D) in data:

Martedì 10 novembre 2015 dalle 9 alle 14

Giovedì 26 novembre 2015 dalle 9 alle 14

Il/la sottoscritto/a _____

(COGNOME E NOME)

Nato/a a _____ PR _____ il _____

residente a _____ via _____ n° _____

CAP _____ Prov. _____ Codice fiscale _____

telefono _____ cell. _____ email _____

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere stato informato del D.Lgs. n° 196 del 30-06-2003 "**Codice in materia di protezione dei dati personali**" in particolare per quanto riguarda i diritti dell'interessato (art. 7) e le modalità di trattamento delle informazioni raccolte (art. 13); esprime pertanto il proprio assenso affinché i sopraindicati dati personali siano raccolti e trattati secondo quanto disposto dalle vigenti normative.

Data _____ **Firma** _____

Eventuali dati aziendali per la fatturazione (da compilarsi nel caso la quota di partecipazione sia da fatturare ad una azienda):

Ragione sociale della Ditta _____

con sede a _____ via _____ n° _____ CAP _____

Codice Fiscale _____ P. Iva _____

Prezzo € 140+iva 22% da versare sull'IBAN intestato ad ASQ:

IT 78 M 03127 12901 000000000080

Per informazioni contattare ufficio corsi ASQ

Tel. 059/2551132 tasto 1 oppure spedire a:

Fax 059/4909020 mail asq.viviana@mo.cna.it

