



\_I\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, e residente nel Comune di \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ prov (\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ p.iva \_\_\_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Di essere iscritto/a ai corsi di formazione di: **ANTI CONTAGIO COVID-19 GRATUITO**  
IN CASO DI AZIENDA/IMPRESA AL FINE DI ATTIVARE IL CORSO PER I PROPRI  
DIPENDENTI COMPILARE I DATI RIPORTATI IN TABELLA

	COGNOME	NOME	DATA DI NASCIATA	LUOGO DI NASCIATA	CODICE FISCALE	MAIL
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						

### MODALITA' DI ISCRIZIONE

L'iscrizione al corso si perfeziona inviando il presente modulo debitamente compilato in ogni sua parte e sottoscritto tramite e-mail all'indirizzo: [dpmingegneri@libero.it](mailto:dpmingegneri@libero.it) e/o [provenzano.matteo@gmail.com](mailto:provenzano.matteo@gmail.com)

Al presente modulo dovrà essere allegata:

- copia di un valido documento di riconoscimento del corsista in corso di validità;

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:

In conformità al D.Lgs. 196/2003 esprimo il consenso al trattamento dei dati personali. I dati inseriti saranno utilizzati negli stretti limiti del perseguimento delle medesime finalità per le quali i dati sono stati raccolti. I dati saranno conservati con la massima riservatezza e non verranno divulgati.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma