

DATI CORSISTA

Cognome e Nome: _____

Luogo di Nascita: _____

Data di nascita: _____

Codice fiscale: _____

Residente in: _____ CAP _____

Via: _____

Cellulare: _____

e-mail: _____

(Allegare alla presente copia documento di identità, codice fiscale)

Preso visione delle condizioni di partecipazione chiede di essere iscritto al seguente corso:

Titolo corso	ore
<input type="checkbox"/> CORSO PERSONALE ALIMENTARISTA	4 ore

Ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 – art. 13 sulla tutela dei dati personali, autorizzo con la presente la trattazione dei miei dati.

Luogo e data _____

Firma _____