

 **Corso:** OPERATORE ALIMENTARISTA**Sede:** _____**Data:** 21/09/2017da inviare scansionato via mail a formazione@smilepuglia.it

Il partecipante:

A Cognome..... Nome.....

Luogo di nascita Data di nascita/...../.....

Località di residenzaCAP

Via n. civico

Cellulare Telefono E-mail

Dichiara di essere:☐ Titolare☐ Dipendente (Mansione _____) Stagionale SI ☐ NO ☐

B Nome e Cognome o Ragione Sociale dell'Azienda

Indirizzo Località

Telefono Fax E-mail

Matricola INPS (dato obbligatorio se l'iscritto è il datore di lavoro)

Data _____

Firma _____

C **Desidero essere informato sulle attività organizzate dall'Ente Bilaterale del Turismo Puglia** ☐**INFORMATIVA PRIVACY**

I dati rilasciati verranno utilizzati per offrire un migliore servizio in futuro. I dati saranno trattati solo all'interno della nostra struttura e non saranno comunicati a terzi né diffusi. In qualsiasi momento l'interessato avrà diritto a conoscere l'utilizzo dei suoi dati e avrà la possibilità di aggiornarli o cancellarli dalle nostre banche dati.

☐ E' concesso☐ Non e' concesso

il consenso al trattamento dei dati personali obbligatori

Luogo e data _____

Firma _____