



**Corso:** ADDETTO ANTINCENDIO (RISCHIO MEDIO)

Sede:

Data: 16/10/2017

da inviare scansionato a [formazione@smilepuglia.it](mailto:formazione@smilepuglia.it)

Il partecipante:

Cognome..... Nome.....

**A**

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

Località di residenza .....CAP .....

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 \_\_\_\_\_