



Corso: ADDETTI AL PRIMO SOCCORSO

Sede:

Data: 11-12-13/10/2017

da inviare scansionato a formazione@smilepuglia.it

Il partecipante:

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

A

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 _____