



## SCHEMA ISCRIZIONE AL CORSO DI FORMAZIONE

### Il sottoscritto

Cognome:		Nome:	
Nato a:		Il:	
Codice fiscale:		Dipendente:	

### Con i seguenti recapiti

C.A.P.:		Città:		Prov.:	
Stato:	IT	Via:		Civico:	
Recapito Telefonico:		E-mail:			

### Luogo di Lavoro

C.A.P.:		Città:		Prov.:	
Stato:	IT	Via:		Civico:	
Mansione:		Contratto a tempo:			

## CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO AL CORSO

Titolo del Corso:	
Sede Svolgimento:	ID: <input type="text"/>

### ALLEGA:

- Copia del documento di identità in corso di validità;
- Dichiarazione Privacy.

### TRASMETTE:

- La presente iscrizione tramite fax al numero +39 0872 607431 o, in alternativa, all'indirizzo di posta elettronica [sicurezza@studiotecnicofolcando.it](mailto:sicurezza@studiotecnicofolcando.it), o consegna *brevi manu* al Sig. Carlo FOLCANDO rappresentante della Struttura Formativa (S.F.A.).

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REGOLAMENTO PRIVACY 2016/679

Allego informativa trattamento dei dati con il conferimento dei dati personali.

Dichiaro che l'informativa ricevuta include le seguenti indicazioni. 1. Titolare del trattamento; 2. Finalità della raccolta dei dati 3. Destinatari o categorie di destinatari; 4. Trasferimento dei dati; 5. Periodo di conservazione dei dati; 6. Diritti; 7. Conferimento dati, rifiuto o consenso.

Luogo e Data:	
Firma leggibile:	