INNOVAZIONE APPRENDIMENTO LAVORO SARDEGNA

Comune di Neoneli

DOMANDA D' ISCRIZIONE

"CORSO DI FORMAZIONE H.A.C.C.P. PER RESPONSABILI E ADDETTI DEL SETTORE ALIMENTARE – REG. CE 852/04"

Il sottoscritto

Nome e Cognome *		C.F. *	
Nato a *	il *		
Indirizzo *	CAP *	Città *	Prov.
Telefono *			
E-mail			

(*) I dati contrassegnati con l'asterisco vanno obbligatoriamente compilati.

CHIEDE

di essere ammesso al **Corso di Formazione H.A.C.C.P. per Responsabili e Addetti del settore alimentare – Reg. CE 852/04** della durata di n. 16 ore.

Luogo e data_____ FIRMA DEL CANDIDATO_____

Il sottoscritto da il consenso

In relazione all'informativa allegata alla presente domanda, esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali da parte di IAL INNOVAZIONE APPRENDIMENTO LAVORO SARDEGNA srl Impresa sociale per le finalità istituzionali, connesse o strumentali, nonché il consenso alla comunicazione e all'invio dei dati stessi ai terzi appartenenti alla categorie dei soggetti di cui all'elenco, di cui dichiaro di aver preso visione e che per tempo aggiornato, tenere a mia disposizione presso le vostre sedi. Presto inoltre il consenso a che il trattamento possa avvenire anche secondo modalità di elaborazione informatiche .

Luogo e data_____ FIRMA DEL CANDIDATO_____

Si allega:

- Copia documento di identità e Codice fiscale.