



C.A.F. ASCOM BRESCIA srl
Società Uninominale controllata e coordinata da
ASSOCIAZIONE COMMERCianti DELLA PROVINCIA DI BRESCIA

MODULO DI ISCRIZIONE

Azienda _____

P.I. _____ C.F. _____ con sede a _____

in Via/Piazza _____ n. _____ Telefono _____

cell. _____ Fax _____ e-mail _____

chiede

di iscrivere al corso di:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> formazione addetto R.S.P.P | <input type="checkbox"/> formazione addetto primo soccorso rinnovo |
| <input type="checkbox"/> formazione addetto antincendio basso rischio | <input type="checkbox"/> formazione sostitutiva Libretti Sanitari nuovo |
| <input type="checkbox"/> formazione addetto antincendio medio rischio | <input type="checkbox"/> formazione sostitutiva Libretti Sanitari rinnovo |
| <input type="checkbox"/> formazione addetto primo soccorso nuovo | <input type="checkbox"/> formazione TUTOR |

il/i seguente/i nominativo/i:

1)
cognome _____ nome _____

nato a _____ il _____.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30/06/2003 n. 196. Il titolare del trattamento è C.A.F. Ascom Brescia s.r.l.

Firma del partecipante

2)
cognome _____ nome _____

nato a _____ il _____.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30/06/2003 n. 196. Il titolare del trattamento è C.A.F. Ascom Brescia s.r.l.

Firma del partecipante

3)
cognome _____ nome _____

nato a _____ il _____.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30/06/2003 n. 196. Il titolare del trattamento è C.A.F. Ascom Brescia s.r.l.

Firma del partecipante

Data _____

Firma dell'Azienda