RICHIESTA DI ISCRIZIONE al CORSO PER IL PERSONALE ADDETTO ALLA PRODUZIONE E VENDITA DELLE SOSTANZE ALIMENTARI (art.1 L.R. 41/2003)
(da restituire via fax 0437 851399)
ATT.NE Compilare 1 scheda per ogni corsista!

__l__ sottoscritto/a _____ (Cognome Nome)

nato/a a_____(Comune)_____ (Provincia)_____(Stato)

il _____Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

in qualità di : ☐ Titolare/Socio ☐ Dipendente ☐ Collaboratore Familiare ☐ Altro

Fa domanda di partecipazione al corso **che si svolgerà (con orario 14.30-18)**

- ❑ **Merc. 8 febbraio Sedico** - c/o Centro Consorzi
- ❑ **Merc. 14 marzo Alleghe -** c/o Sede Alpini Loc. Masarè
- ❑ **Lun. 26 marzo Sedico** - c/o Centro Consorzi
- ❑ **Merc. 28 marzo Falcade -** c/o Sede Alpini
- ❑ **Merc. 9 maggio Sedico** - c/o Centro Consorzi
- ❑ **Merc. 23 maggio Tai di Cadore -** c/o Unione Artigiani
- ❑ **Merc. 13 giugno S. Stefano di C. -** Comunità Mont.
- ❑ **Merc. 20 giugno Sedico** - c/o Centro Consorzi

INDICARE SE ☐ RILASCIO ☐ RINNOVO

Al riguardo dichiara:

- di avere la cittadinanza _____

di risiedere in: Via/Piazza _____ n. _____

Comune _____C.A.P. _____ Provincia _____

Tel. / cell._____ e-mail _____

Nel caso si possieda una cittadinanza non italiana indicare da quanti anni risiede in Italia n. anni _____

In regola con il permesso di soggiorno ❑ Sì ❑ No

Indicare a chi deve essere emessa la fattura di partecipazione

❑ Al partecipante con il suo Codice Fiscale indicato sopra
❑ All'Azienda di appartenenza (apporre obbligatoriamente il timbro e la firma del legale rappresentante):

Azienda/Ditta _____

con sede a _____ Cap _____ Prov. _____

in Via _____ n. _____ Tel. _____

Fax _____ e-mail _____

Partita Iva: _____ Codice Fiscale _____

In regola con contribuzione EBAV ☐ Sì ☐ No se sì indicare contratto ☐ ALIMENTARISTI ☐ PANIFICATORI
☐ ALTRO (specificare) _____

Coordinate Bancarie [IBAN] per eventuale contributo EBAV:

PAESE | CIN EUR | CIN | ABI | CAB | CONTO CORRENTE

Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs 196/2003 sulla privacy, i dati acquisiti con la presente scheda vengono trattati in forma cartacea e telematica al fine di partecipare al corso. I partecipanti al corso potranno esercitare i diritti di cui all'art. 7 (accesso, correzione, cancellazione, opposizione al trattamento) comunicandolo al Centro Consorzi. Consenso: letta l'informativa, con la consegna e la sottoscrizione della presente scheda il sottoscritto consente espressamente al trattamento dei propri dati personali per le finalità indicate e assume la responsabilità relativamente a tutti i dati forniti.
Con la presente adesione il partecipante si impegna altresì a prender parte all'intero monte ore di corso pagando la quota prevista e a sostenere al termine del corso un questionario sull'apprendimento al fine di ottenere il rilascio/rinnovo dell'attestazione.

Timbro e firma dell'Azienda
(Obbligatoria se la fattura va emessa all'Azienda)
_____

Firma del corsista
(Obbligatoria sempre)
_____

Centro Consorzi - Sede Operativa: 32036 SEDICO (BL) - Zona Ind.le Gresal, 5/e - Tel. 0437 851341 Fax: 0437 851399