MODELLO DI PARTECIPAZIONE AL CORSO

(Il modulo deve essere compilato in carattere stampatello in ogni sua parte)

DIPENDENTE

COGNOME	
NOME	
CODICE FISCALE	
RESIDENTE A	**CAP**
VIA	
EMAIL	@
TEL	
DIPENDENTE DELLA DITTA	
CON SEDE IN	**CAP**
VIA	

CHIEDE DI PARTECIPARE AL CORSO

All'Ente Bilaterale Nazionale Confederale – Corso Vittorio Emanuele II, 326 Roma come sottoindicato:

(barrare il codice di interesse)

☐ cod. rif. B1 ☐ cod. rif. B2 ☐ cod. rif. B3 ☐ cod. rif. B4

☐ cod. rif. B5 ☐ cod. rif. B6 ☐ cod. rif. B7 ☐ cod. rif. B8 ☐ cod. rif. B9

Ai fini della partecipazione al corso, il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa *"Codice in materia di protezione dei dati personali"* presente sul sito www.ebiconf.it ed acconsente al trattamento dei propri dati personali sensibili nonché la memorizzazione degli stessi nel database dell'Ente.
Il mancato consenso al trattamento dei dati non permette la lavorazione dell'istanza e la relativa erogazione del contributo

_____ _____

(data) (firma)

****

Parte riservata alla Segreteria di E.BI.CONF.

N. prot.

Data presentazione Timbro e firma