CVR. 052 - 19NOV2019

RICHIESTA PARTECIPAZIONE CORSI PRIMO SOCCORSO AZIENDALE

Io sottoscritto/a _____ ☐ M ☐ F
cognome nome sesso

nato/a a _____ ( ) il / /
comune o stato estero provincia gg mm aaaa

residente a _____ ( )
comune provincia

indirizzo _____

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | tel cellulare _____

e-mail _____ @ _____

azienda _____
ragione sociale

indirizzo sede _____

città _____ ( )
provincia

p.iva _____ posizione _____
es. titolare / legale rappresentante / dipendente / ecc.

note _____

☐ chiedo di partecipare al **corso completo**
Il corso ha durata di 12 ore in tre incontri presso la sede della P.A. Croce Verde Recco. Costo: euro 115,00.

☐ chiedo di partecipare al **corso di aggiornamento**
Il corso ha durata di 4 ore in unico incontro presso la sede della P.A. Croce Verde Recco. Costo: euro 45,00.

data / / firma _____
gg mm aaaa

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

firma _____

Il pagamento deve avvenire preventivamente tramite bonifico sul conto corrente presso Banca Carige ag. 140 di Recco, IBAN IT64C 06175 32120 000000 104880 oppure attraverso assegno bancario intestato a P.A. Croce Verde Recco. Causale: "Corso primo soccorso aziendale".