

Modulo Iscrizione Corso
Formazione dell' addetto alle **EMERGENZE**
PRIMO SOCCORSO



Spett.le
UNIONE COMMERCianti Prov. ANCONA
P.zza Repubblica n°1
60121 ANCONA
-- Ufficio Tecnico -- FAX **071-54.425**

Dati Azienda

Ragione sociale:

Sede legale

Altre sedi lavorative:

Attività svolta:

P. IVA:

Telefono:

Cellulare:

Fax:

ISCRIVE

l'Addetto sig./ra..... Sede di al corso di Formazione

l'Addetto sig./ra..... Sede di al corso di Formazione

(mettere una crocetta sul tipo di Corso)



PRIMO SOCCORSO (Corso completo di 12 ore)



PRIMO SOCCORSO (AGGIORNAMENTO di 4 ore)

Lì,

TIMBRO DITTA e FIRMA

INFORMATIVA PRIVACY Ai sensi del **Codice della Privacy** La informiamo che i dati forniti saranno trattati anche in modalità informatizzata dal "C.A.T. S.r.l." Confcommercio Ancona, titolare del trattamento, nel rispetto di quanto stabilito dalla vigente normativa in materia di tutela dei dati personali per la gestione organizzativa dei Corsi. Informiamo inoltre che, i dati saranno comunicati alla Società "Terspazio Srl" Ancona, e all'Unione Sindacati Commercio, Turismo e PMI Ancona, della cui collaborazione il Titolare si avvale per l'Organizzazione e la gestione dei suddetti corsi. I dati potranno essere comunicati a Enti Locali e Pubblica Amministrazione, nel caso in cui obblighi di legge lo dovessero richiedere. Al di fuori di tali circostanze, i dati non verranno diffusi a terzi. In relazione al trattamento in parola, potrà esercitare i DIRITTI previsti dalla vigente normativa, rivolgendosi a : C.A.T. S.r.l. -Centro Assistenza Tecnica per le Imprese del Commercio -P.zza della Repubblica, 1- Tel. 071/2291.524-Fax 071/54425 .

Lì, Firma.....