

Modulo Iscrizione Corso
RAPPRESENTANTE LAVORATORI
PER LA SICUREZZA SUL LAVORO



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:	
Nata (trasferita) nel:	P. IVA:
Referente:	
Telefono:	Cellulare:	Fax:

Il datore di lavoro è:

Il Responsabile della Sicurezza è:

ISCRIVE

al Corso per **Rappresentante dei Lavoratori** per la Sicurezza

Sig./a (Cognome e Nome):	(per la sede di)
Sig./a (Cognome e Nome):	(per la sede di)

Lì,

TIMBRO DITTA e FIRMA D.d.L.

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.....