

COGNOME _____ NOME _____ NATO A _____ IL _____
VIA/PIAZZA _____ N. _____ CITTA' _____ CAP _____ PROV _____
E-MAIL _____ C.F. _____
TEL./FAX _____

in qualità di

- TITOLARE
- DIPENDENTE
- COLLABORATORE

DELL'AZIENDA _____ CON SEDE LEGALE UBICATA IN _____ (____) IN
VIA/PIAZZA/CORSO _____ N° _____ CAP _____
E-MAIL _____ TEL./FAX _____
P.I. _____ C.F. _____

CHIEDE

Di essere ammesso/a al seguente corso per il Primo Soccorso

Denominazione del Corso

- Corso per il Primo Soccorso – Rischio medio-basso (12 ore)
- Corso per il Primo Soccorso – Rischio alto (16 ore)

Che inizierà in data _____ presso la Vostra sede. Il/la sottoscritta/a versa la somma di € _____

Ai sensi dell'art. 17 del D.lgs. n. 196/13 vi informiamo che i vostri dati saranno conservati nel nostro archivio informatico, e saranno utilizzati dalla Soc. Coop. Alter Ego Consulting solo per l'invio di materiale amministrativo e promozionale derivante dalla nostra attività.

Luogo e data.....

Firma.....