

## Operatore BLSD

Dal 21/10/2023 alle 08:30 al 21/10/2023 alle 13:30

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Pr \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_

Società \_\_\_\_\_

Qualifica / Ruolo \_\_\_\_\_

### Informazioni di fatturazione

Intestazione fattura/ricevuta \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Pr \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_

Il sottoscritto consapevole delle sanzioni penali previste, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 6, co. 2, DPR n° 403/98, DICHIARA che quanto esposto corrisponde a verità DICHIARA, inoltre, di essere in stato di salute psico-fisica idonea alla frequenza di corsi in aula e dichiara di avere conoscenza del fatto che la scuola di formazione è esente da responsabilità in caso di malore conseguenza diretta del mio stato di salute.

TUTELA DELLA PRIVACY: Vi informiamo che ai sensi del D.Lgs. 196/2003 i Vs. dati personali acquisiti in occasione del rapporto intercorrente con Voi ed inseriti in una nostra banca dati, saranno utilizzati ai fini del rapporto stesso, oltre che per gli adempimenti ed obblighi di legge, e saranno comunque mantenuti riservati. Vi ricordiamo, inoltre, che Vi sono riconosciuti i diritti dell'interessato, stabiliti dal Codice Privacy (Artt. 7-10).

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_