

VERS. 01/18



PROT. \_\_\_\_\_

**Richiesta di Iscrizione al corso  
CORSO PER OPERATORE DEFIBRILLATORE E TECNICHE  
DI DISOSTRUZIONE (ADULTO E PEDIATRICO)**

**(a) DATI ANAGRAFICI RICHIEDENTE/ALLIEVO**

<b>Cognome</b>				<b>Nome</b>		
<b>Nato a</b>	( )	<b>il</b>		<b>C.F.</b>		
<b>Indirizzo</b>			<b>CAP</b>	<b>Comune</b>	( )	
<b>CCNL</b>	<b>Qualifica</b>		<b>Livello</b>	<b>mansione</b>		
<b>Tel.</b>	<b>cellulare</b>				<b>e-mail</b>	

**(b) DATI ANAGRAFICI AZIENDA**

<b>Ragione Sociale</b>						
<b>Codice Fiscale</b>				<b>Partita IVA</b>		
<b>Indirizzo</b>			<b>CAP</b>	<b>Comune</b>	( )	
<b>Tel</b>	<b>Fax</b>				<b>e-mail</b>	
<b>Attività aziendale prevalente</b>						

Io sottoscritto, di cui al punto (a), appartenente all'azienda di cui al punto (b), sono a conoscenza del regolamento dei servizi dell'Ente Bilaterale Veneto e dichiaro di essere interessato a partecipare

**Sede: ASCOT Lungomare Adriatico, 11 -30015- Sottomarina-Chioggia VE**

**Periodo di interesse**

MESE DI APRILE 2018

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*Il sottoscritto, ricevuta l'informativa di cui all'art. 13 e preso atto dei diritti di cui all'art. 7 del decreto legislativo 196/03 (privacy), esprime il consenso previsto dall'art. 23 e 26 del citato decreto al trattamento dei dati che mi riguardano, da parte dell'Ente Bilaterale Veneto e/o delle società o organizzazioni legate alla Confesercenti per le finalità istituzionali, connesse o strumentali, dell'Ente Bilaterale Veneto, nonché alla comunicazione dei miei dati personali nei limiti previsti dalla citata informativa e quando ciò sia funzionale all'esecuzione delle operazioni e dei servizi offerti.*

*Desidero ricevere informazioni sui servizi e sulle attività dell'EBV  SI  NO*

*Firma \_\_\_\_\_*

Questa scheda può essere spedita via fax al n. **041-5893667** o per posta all'indirizzo:  
**Ente Bilaterale Veneto – Piazza XX Settembre, 23 – 30033 Noale (Ve)**