



Community di Formazione

RISCHIO BIOLOGICO



Istituto Cenide

COGNOME E NOME	_____
LUOGO DI NASCITA	_____ PROVINCIA _____
DATA DI NASCITA	_____
CODICE FISCALE	_____
TITOLO DI STUDIO	_____
PROFESSIONE	_____
TELEFONO FISSO	_____ CELL. _____
INDIRIZZO EMAIL	_____

Chiede di essere iscritto al corso per:

“RISCHIO BIOLOGICO ”

Ore 8

Dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie sopra riportate sono veritiere.

(art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Autorizza al trattamento dei dati personali, ai sensi del D.lgs. 196 del 30 giugno 2003.

Aderisce a titolo gratuito alla Associazione “Istituto CENIDE”, il cui statuto è consultabile all'indirizzo:

www.istitutocenide.it

Data _____ / _____ / _____

Firma _____

Allega alla presente, la seguente documentazione:

- Fotocopia (fronte e retro) documento di identità e codice fiscale
- Fotocopia bonifico intestato a:

Istituto CENIDE

Via Salvo D'Acquisto, 3 – 89018 Villa San Giovanni (Rc)

C/C N.3091 IBAN: IT18F031118162000000003091

Causale: Contributo attività formative Corso “Rischio biologico” Cod. F/2017