



Confartigianato
Imprese Frosinone



MANIFESTAZIONE D'INTERESSE A PARTECIPARE

Corso Base _____

Corso di Aggiornamento _____

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

residente in _____ prov. _____ C.A.P. _____

indirizzo _____ n. tel. _____

cell. _____ e-mail _____

Titolo di studio _____

Professione _____

Compilare la sezione sottostante se titolari di azienda

Nome Azienda _____ Attività _____

Città _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Indirizzo _____

n. Tel. _____ Fax _____ e-mail _____

Sito internet _____

D. Lgs. 30 giugno 2003, n 196 - Codice in materia di protezione dei dati personali.

Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003, sottoscrivo la presente quale espresso consenso al trattamento dei mie dati personali da parte di ALIMENTARTI & SAPORIFORM, Accademia dell'Alimentazione di Confartigianato imprese Frosinone.

Data

Firma richiedente
