



Scheda di Iscrizione

compilare in stampatello
ed inviare via fax al n. 080 5669106

Formazione

Nome _____ Cognome _____ Luogo e Data di Nascita _____

Associazione _____

ruolo ricoperto all'interno dell'Associazione _____

Indirizzo Associazione _____

settore di intervento dell'Associazione _____

Località _____ C.A.P. _____

Associazione Personale

Indirizzo e-mail personale _____

chiede di iscriversi al percorso formativo in: _____

Data _____

Firma _____

Autorizzazione al trattamento dei dati personali

- Si autorizza il CSVSN al trattamento dei dati personali per l'invio di materiale informativo sulle attività del centro
- Si autorizza il trattamento dei dati personali in conformità con la legge n.196/03

Data: _____

Firma _____