

Oggetto: domanda di partecipazione al corso di aggiornamento in materia di celiachia.

Al Direttore del
Servizio di Igiene degli Alimenti
e della Nutrizione
AREA METROPOLITANA
ASL BARI
Largo Ignazio Chiurlia, 21
70122 – BARI
sian.bari@asl.bari.it

Il sottoscritto _____ nato a _____

Il _____ codice fiscale _____

Residente in _____ alla via _____ n° _____

Tel cell. _____ tel lavoro _____

Fax _____ email _____

Addetto all'attività di _____ con qualifica _____

Presso _____

CHIEDE

di poter partecipare al corso di aggiornamento in materia di celiachia.

Data _____

Firma

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI.

Il sottoscritto.....dichiara di avere ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del D.lgs. 196/2003 in particolare riguardo ai diritti da me riconosciuti dalla legge ex art. 7 D.lgs. 196/2003, acconsente al trattamento dei dati personali con le modalità e per le finalità indicate nella informativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali alla gestione del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo _____ Data _____ Firma _____