

**Progetto Formazione e Aggiornamento Professionale per Risottratori, Pubblici
esercenti e Laboratori artigianali sulla Celiachia e sull'alimentazione Senza
Glutine–
Edizione 2018**

Scheda di iscrizione

Nome _____ Cognome _____

Nato/a _____ () il ____/____/19____

Indirizzo per comunicazioni: _____

N° di telefono _____ N° di fax _____

N° di cellulare _____ E-mail _____

Chiede di essere ammesso/a al corso di formazione che si terrà a **GATTINARA**, il **15/10/2018**,
presso “IPSSAR M. Soldati” c.so Valsesia, 111 dalle **ore 14:00** alle **ore 18:00**.

ai sensi della normativa vigente (D. L.vo n° 196 del 30/06/2003), autorizzo il trattamento dei miei dati personali. (Barrare per il consenso. I dati saranno utilizzati esclusivamente per quanto concerne il corso di formazione/ aggiornamento).

Data

Firma

**Il modulo andrà inviato c/o SIAN – Dipartimento di Prevenzione ASL “VC”:
- e-mail: sian@aslvc.piemonte.it.**