

Domanda di iscrizione



Dipartimento 3 "Servizi per la formazione"
Servizio 2° "Centri di formazione gestiti dalla Città Metropolitana di
Roma Capitale" (C.F.P)
Scuola del Sociale

TITOLO DEL CORSO:	
DATI PERSONALI PARTECIPANTE	
COGNOME	
NOME	
SESSO	
CODICE FISCALE	
DATA NASCITA	
TELEFONO	
E-MAIL	
STRUTTURA ENTE DI APPARTENENZA	
AMBITO E SETTORE D'INTERVENTO	
RUOLO RICOPERTO	
TITOLO DI STUDIO CONSEGUITO	
INFORMAZIONI GENERALI STRUTTURA DI APPARTENENZA	
DENOMINAZIONE	
RAGIONE SOCIALE	
SE COOPERATIVA TIPO A OPPURE B	
ASSOCIAZIONE/CONSORZIO DI IMPRESE	
INDIRIZZO SEDE LEGALE	
DISTRETTO/I SOCIO SANITARIO D'INTERVENTO	
INDIRIZZO SEDE OPERATIVA (Se diverso da quella Legale)	

Ai sensi decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196, recante disposizioni in materia di protezione dei dati personali, desideriamo informarla che i dati personali da Lei volontariamente forniti saranno utilizzati ad uso interno e per mera finalità statistica adottando le misure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto della normativa sopra richiamata.

Data

Firma