

CORSO SOSTITUTIVO LIBRETTI SANITARI

ISCRIZIONE ZONA

CORSO DI FORMAZIONE -REGOLAMENTO (CE) 852/2004-

LUOGO DEL CORSO:

TIPO DI CORSO:

BASE

AGGIORNAMENTO

DATA DEL CORSO:

ORARIO: 15.30-18.00

Panificio

Via

Comune

Tel.

Fax

Nominativi partecipanti	Luogo nascita	Data	Prod/vendita
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			

(Segnalare la presenza di addetti gastronomi e/o pasticceri)

La presente è da compilare in ogni parte e da trasmettere all'Aspan.

Il sottoscritto dichiara di prestare il consenso a che i dati personali forniti in questa sede, ovvero altrimenti acquisiti sul suo conto nell'ambito dell'attività dell'Aspan, formino oggetto di trattamenti svolti dalla medesima azienda per le proprie finalità istituzionali, connesse o strumentali, nel rispetto della legge 196/2003.

Nego il consenso a quanto sopra

Data

Firma

Mod. E