

NOME: _____ COGNOME: _____

SPECIALIZZAZIONE: _____

NOME AZIENDA: _____

P.IVA: _____ C.F.: _____

TELEFONO: _____ E-MAIL: _____

INDIRIZZO PEC: _____ CODICE UNIVOCO: _____

Sede operativa:

INDIRIZZO: _____ N°CIVICO: _____

CITTÀ: _____ PROVINCIA: _____

Sede legale:

INDIRIZZO: _____ N°CIVICO: _____

CITTÀ: _____ PROVINCIA: _____

TELEFONO: _____ E-MAIL: _____

INDIRIZZO PEC: _____ CODICE UNIVOCO: _____

COME HAI TROVATO IL NOSTRO CORSO (REFERENTE COMMERCIALE, SITO, SOCIAL O ALTRO)

CORSO A CUI VOGLIO PARTECIPARE: _____

DATA: _____ LUOGO: _____

FIRMA: _____

**con la sottoscrizione di questo modulo Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 per la protezione delle persone fisiche e giuridiche riguardo al trattamento dei dati personali.*