COLLEGIO DEI PERITI AGRARI E DEI PERITI AGRARI LAUREATI DELLA PROVINCIA DI BRESCIA

ISTITUTO BONSIGNORI

SCHEDA DI ISCRIZIONE - ESTERNI

Per informazioni telefonare a ISTITUTO BONSIGNORI: 030 957227

Il sottoscritto_____

Nato il _____a (Comune) _____ Prov. _____Nazionalità_____

Residente a_____ CAP _____ Prov_____

Via/C.na _____n°._____ Tel_____

Cell._____ E-Mail_____

Titolo di studio_____ Conseguito il _____

Professione_____C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | |

INTESTAZIONE FATTURA (SE DIVERSA DAI DATI PERSONALI)

Ragione Sociale Azienda _____di _____

Via/c.na_____Comune di _____Prov_____CAP_____

P. IVA | | | | | | | | | | | |

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

CHIEDE

Di partecipare al corso: **ABILITAZIONE FITOSANITARI**: **(*barrare corso interessato*)**

RINNOVO 12 ORE	**UTILIZZATORE**	☐	**CONSULENTE**	☐	**DISTRIBUTORE**	☐
ABILITAZIONE	**UTILIZZATORE 20 ORE**	☐	**CONSULENTE 25 ORE**	☐	**DISTRIBUTORE 25 ORE**	☐

Allegare copia: * Documento di identità * Codice Fiscale * Patentino in caso di Rinnovo.

PROTEZIONE DEI DATI: Con la presente **informativa**, ai sensi del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (GDPR) - Regolamento UE 2016/679 il **Consorzio Cisi ente rogatore del corso** e richiede il suo consenso di trattare i suoi dati personali onde consentire il regolare svolgimento del rapporto contrattuale, per effettuare operazioni connesse alla formazione e all'organizzazione interna/esterna. I dati raccolti e trattati dal Titolare del trattamento verranno conservati per un periodo di 10 anni, come richiesto dalla legislazione fiscale . I sui dati verranno utilizzati per le sole finalità sopra descritte e inseriti nel portale di Regione Lombardia. Per informazioni privacy@consorziocisi.org

DICHIARAZIONE

Il/la sottoscritto/a dichiara, ai sensi del DPR n. 445/2000, che i dati inseriti nella presente scheda sono veri ed esatti. Dichiara inoltre di aver letto l'informativa sulla privacy, di accettarne le condizioni e di autorizzare al trattamento dei dati personali, condizione necessaria per dare seguito all'ordine e all'iscrizione al corso. Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione del programma dettagliato del corso e delle modalità di iscrizione e di accettarle integralmente.

Data…….. Firma……

SPAZIO RISERVATO ALLA SEGRETERIA

Saldo €. _____data…..... Fatt. n. _____

Assegno . ☐ …… Contanti ☐ Bancomat ☐ Bonifico Bancario ☐

Rev. 0 del 31/10/2018