

Azienda Speciale
CAMERA DI COMMERCIO
INDUSTRIA ARTIGIANATO AGRICOLTURA
BRINDISI

RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE AL CORSO

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Luogo di residenza _____ CAP _____

Via _____ n. _____ Tel. _____

Titolo di studio _____

CHIEDE

di essere ammesso alla frequenza del Corso Abilitante all'iscrizione nel Ruolo Provinciale degli Agenti e Rappresentanti di Commercio ai sensi della Legge n. 204 del 03/05/85.

Data _____ FIRMA _____

Dichiarazione di consenso ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - Codice in materia di protezione dei dati personali.

Per quanto riguarda il trattamento dei miei dati ai fini di informazione e divulgazione presso terzi da parte dell'ISFORES, a seguito di richiesta per specifica finalità, dopo aver preso visione della informativa sulla privacy

do il consenso

nego il consenso

Data _____

FIRMA _____