



Spett.Le  
**Associazione CRFPA**  
Sede Legale  
Via dell'Acquedotto Romano, 1  
09030 - ELMAS

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ COD. FISC. \_\_\_\_\_  
Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_  
Residenza/Indirizzo \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_  
Estremi relativi alla fatturazione  
Azienda o Ente \_\_\_\_\_ Ruolo nell'azienda/Ente \_\_\_\_\_  
Indirizzo Azienda \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E mail \_\_\_\_\_  
C. F. Azienda \_\_\_\_\_ P.IVA Azienda \_\_\_\_\_

ETA': ..... anni

DISOCCUPATO iscritto Centri per l'impiego: Barrare la casella corrispondente SI ♦ NO ♦

Iscritto associazione di categoria : barrare la casella corrispondente : SI ♦ NO ♦ Se si indicare nome : \_\_\_\_\_

### CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO

**Al Corso / Seminario:** .....

**Data edizione:** .....

**Pagamento quote iscrizione: NO SI** ( barrare NO per i corsi gratuiti )

Se SI, ad avvenuta conferma iscrizione, il sottoscritto si impegna a pagare la quota di iscrizione, nel caso in cui prevista, nei tempi indicati dalla scheda corso mediante bonifico bancario a favore di Associazione CRFPA - IBAN: IT05E 01015 04801 000070470798 – indicando Causale: Corso/seminario .....  
Nominativo del partecipante.....

Regolamento: il partecipante si dovrà presentare con documento di identità in corso di validità, codice fiscale o tessera sanitaria – Eventuale fotocopia del tesserino di appartenenza all'Associazione di Categoria .

**DATA** \_\_\_\_\_ **FIRMA DEL CANDIDATO** (*per esteso*) \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 ("GDPR") del Regolamento del 27 aprile 2016 ("GDPR") i dati personali saranno trattati a mezzo di sistemi informatici nonché manuali per le finalità riguardanti l'esecuzione degli obblighi derivanti dalla partecipazione al corso, per finalità statistiche e per l'invio di materiale informativo e non saranno ceduti a terzi. In qualsiasi momento l'interessato potrà chiedere la rettifica o la cancellazione dei dati inoltrando apposita richiesta scritta all'Associazione CRFPA.

**DATA** \_\_\_\_\_ **FIRMA DEL CANDIDATO** (*per esteso*) \_\_\_\_\_

Associazione CRFPA Ente accreditato dalla Regione Sardegna per la formazione  
Macrotipologie A-B-C e Area "Sicurezza nei luoghi di lavoro"