



**SCHEDA DI ADESIONE
CORSO R.L.S.
RAPPRESENTANTE DEI
LAVORATORI PER LA SICUREZZA**



Durata di 32 ore ai sensi dell'art 37 comma 11 del D.Lgs.81/2008 (ex 626/94) e art 2 D.M. 16/01/97
Svolto in collaborazione con l'Azienda Unità Sanitaria Locale Latina
INVIARE TRAMITE **FAX 0773/61.10.60** TEL 0773/61.06.78 E-MAIL s.ficaccia@catlatina.it

Il/La sottoscritt _____ sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nat_ a _____ (pr) _____ il _____ residente a _____
c.a.p. _____ Via _____ n° _____
Tel. _____ Cell. _____ E-Mail _____
Codice Fiscale _____ Dipendente <input type="checkbox"/>
Tipo attività svolta _____

DATORE DI LAVORO PER INTESTAZIONE FATTURA

Ragione sociale _____
Città _____ Via _____ n° _____ Cap _____
Telefono _____ Fax _____
Partita Iva _____ E-Mail _____

Chiede di poter frequentare il Corso in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro per rappresentante dei lavoratori in una delle seguenti sedi (barrare con x per scegliere una delle seguenti opzioni)

LATINA VIA VOLSINI 60	<input type="checkbox"/>	FORMIA	<input type="checkbox"/>
SAN FELICE CIRCEO	<input type="checkbox"/>	GAETA	<input type="checkbox"/>
TERRACINA	<input type="checkbox"/>	MINTURNO/SCAURI	<input type="checkbox"/>
FONDI	<input type="checkbox"/>	ALTRO	<input type="checkbox"/>

Dichiara consapevole della responsabilità penale in cui può incorrere in caso di dichiarazione mendace, che tutti i dati forniti sono veritieri.

Quota di partecipazione: € 320.00 + IVA

Alla presente allega: Copia fronte retro di un documento valido di identità – Copia del Codice Fiscale

INFORMATIVA AI SENSI DEL D. LGS. N. 196/2003 (PRIVACY)

Ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), La informiamo che il trattamento delle informazioni che La riguardano sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. In conformità all'art. 13 di tale Codice, Le forniamo le seguenti informazioni:

1. I dati da Lei forniti verranno trattati per finalità di invio di documentazione relativa all'attività del Centro Assistenza Tecnica alle imprese di Confcommercio Latina.
 2. Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità: a mani e/o via posta e/o via e-mail.
 3. Il conferimento dei dati relativi a nome, cognome, indirizzo, codice fiscale, recapito telefonico è obbligatorio al fine di usufruire del servizio di informazione/formazione richiesto e l'eventuale rifiuto a fornire tali dati potrebbe comportare la mancata o parziale esecuzione del servizio fornito dal C.A.T. Confcommercio Latina.
- Il conferimento dei dati relativi all'indirizzo di posta elettronica è facoltativo ed ha lo scopo di permettere al C.A.T. di informarLa ed aggiornarLa sulle attività e sui servizi cui hanno diritto gli associati secondo modalità strettamente necessarie a questi scopi:

presto il mio consenso

nego il mio consenso

4. I dati non saranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione

La informiamo inoltre che ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs n° 196/2003, Lei ha il diritto di conoscere, aggiornare, rettificare o cancellare i Suoi dati ovvero opporsi all'utilizzo degli stessi, se trattati in violazione della legge. Il titolare del trattamento è C.A.T. Via Volsini,60 - Latina.

Data, _____

Firma _____