

**Ed accordo Stato Regioni Prov. Aut. 22.2.2012**

**sede di svolgimento: OLBIA  - SASSARI**

**corso per carrelli frontali:  - corso per carrelli telescopici**

**corso abilitante  - corso di aggiornamento**

Da parte di:

Ditta:
sede:
p.iva e/o CF:

(apporre il timbro o inserire i dati aziendali fiscali del richiedente)

Numero/i di telefono cui desidero essere contattato: \_\_\_\_\_

Email e/o numero di fax: \_\_\_\_\_ Numero partecipanti: \_\_\_\_\_

*Cognome e nome partecipanti      Data e luogo di nascita      Telefono cellulare /eventuali note*

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Note importanti**

1. Il richiedente è consapevole che l'attestato di fine corso potrà essere consegnato previa frequenza del corso, superamento del test finale, fatturazione e pagamento.

2. L'ente organizzatore si riserva la facoltà di annullare o modificare le date, orari e programmi del corso in caso si rendessero necessarie per motivi organizzativi, metereologici o didattici. Qualsiasi variazione verrà comunicata tempestivamente agli interessati.

Nota sulla Privacy: i vostri dati personali verranno trattati in conformità al D. Lgs. 196/03; data e luogo di nascita, e codice fiscale verranno utilizzati per l'emissione dell'attestato; numeri di telefono ed email per avvisare di eventuali variazioni di orario o per chiamare in caso di assenza al corso, e per far conoscere successivi servizi o corsi da noi proposti.

Data \_\_\_\_\_ Firma e timbro del richiedente \_\_\_\_\_

**Inviare il modulo via email a**

**m.luisa@gestioneidee.it, o via fax al numero: 0784.39171 per corso zona Sassari**

**Coordinate IBAN: IT 87 W 01015 84989 0000 70199016**

Inserire nella causale del bonifico: tipo di corso e luogo di svolgimento.