



C.A.F. ASCOM BRESCIA srl

Società Uninominale controllata e coordinata da



SCHEDA D'ISCRIZIONE CORSO **ADDETTO PRIMO SOCCORSO**

(da trasmettere al fax n° 030.44928 o all'e-mail formazione@cafascombs.it)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente a _____ via/piazza _____ CAP _____
nella sua qualità di _____
della ditta/società _____

con sede legale e/o operativa

Comune _____ CAP _____ prov. _____ Via _____ n. _____
Tel. _____ Fax _____ Cell. _____
E-mail _____
Codice Fiscale _____ Partita IVA _____

CHIEDE

di iscrivere al corso di **Addetto primo soccorso**, che avrà luogo nella sede di Brescia, via Giuseppe Bertolotti, 1 nelle giornate del **23 e 30 gennaio 2018**, dalle ore 8.30 alle ore 14.30, il/i seguente/i nominativo/i:

_____ nato/a a _____ il _____
_____ nato/a a _____ il _____
_____ nato/a a _____ il _____

Il sottoscritto, consapevole che i corsi professionali organizzati dal **C.A.F. Ascom Brescia Srl** sono riservati esclusivamente alle aziende iscritte a **Confcommercio Brescia**, all'**Ente bilaterale bresciano del commercio e dei servizi** o all'**Ente bilaterale bresciano del turismo**, dichiara di essere regolarmente associato all'Associazione ed iscritto all'Ente bilaterale di competenza per il corrente anno, ovvero di provvedere quanto prima a regolarizzare la propria posizione associativa, ovvero, in ogni caso, a versare la relativa quota annuale.

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 30.6.2003 n° 196; il titolare del trattamento è il **C.A.F. Ascom Brescia Srl**.

Luogo e data

Timbro azienda e firma titolare o legale rappresentante

Qualora, per motivi organizzativi o per il mancato raggiungimento del numero minimo di partecipanti (o per esaurimento dei posti disponibili), il **C.A.F. Ascom Brescia Srl** annulli il corso di cui alla presente domanda, l'iscrizione si ritiene comunque valida e confermata per la successiva edizione del medesimo corso.