

**Scheda d'iscrizione al corso base di formazione OBBLIGATORIA  
per gestori di sale da gioco e locali dove sono installate  
apparecchiature per il gioco d'azzardo lecito (durata 4 ore)**

(L.R. 21/10/2013 n. 8 - Norme per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico D.g.r. 31/10/2014 n. X/2573)

**COGNOME** ..... **NOME** ..... **Sesso**  **M**  **F**  
**nato/a a** ..... **Prov.** ..... **il** .....  
**Codice Fiscale** ..... **Cittadinanza** .....  
**Residenza (Via/Piazza)** ..... **n.** .....  
**Comune** ..... **CAP** ..... **Prov.** .....  
**Domicilio (se diverso da residenza)** .....  
**Tel./Cell.** ..... **E-mail** .....  
**Titolo di studio e anno di conseguimento** .....  
**in qualità di**  **DIPENDENTE**  **TITOLARE** **della Ditta**  
**Ragione/Denominazione Sociale** .....  
**Indirizzo sede legale** .....  
**Indirizzo sede operativa (se diverso da sede legale)** .....  
**Partita IVA** ..... **Codice Fiscale** .....  
**Telefono** ..... **Fax** ..... **E-mail** .....

**CALENDARIO FORMAZIONE**

- **BRESCIA: 5 aprile 2018**

***Il corso si terrà dalle ore 14,00 alle ore 18,00 presso la sede di Confcommercio Brescia  
(Via G. Bertolotti 1 - Brescia).***

**La quota di partecipazione al corso è da bonificare al seguente IBAN:**

**IT 54 F 05696 11200 000006927X37**, intestato a **IAL Lombardia Sede di Brescia**, con **causale:** corso per "*Gestori di sale da gioco e dei locali*".

Vorrete trasmettere ***copia dell'avvenuto bonifico***, unitamente alla ***scheda di iscrizione***, ai seguenti recapiti: [formazione@cafascombs.it](mailto:formazione@cafascombs.it) o fax 030.2400500.

**Data** .....

**Firma** .....

Autorizzazione al trattamento dei dati personali ai fini del D.Lgs. 196/2003

**Data** .....

**Firma** .....