



DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Al Consiglio di Amministrazione della società **“BONIFATO AGRICOOOP. Società Cooperativa “**

Il / La sottoscritt _____ nat _____ a _____ (____)

Il ____ / ____ / _____, residente e domiciliat _____ in _____ (____)

Via _____ Nr. _____ Tel. _____

Codice fiscale _____ Titolo di studio _____

Dipendente della Ditta _____

Con sede in _____

Codice Fiscale _____ Partita Iva _____

CHIEDE

Di partecipare al corso libero n° _____ per **ADDETTO AL PRIMO SOCCORSO** della durata di n° 16 ore, non autorizzato / autorizzato dall'Assessorato Regionale del Lavoro, della Previdenza Sociale, della Formazione Professionale e dell'Emigrazione Regione Siciliana con autorizzazione del _____ Prot. N° _____ e gestito dalla Società **“BONIFATO AGRICOOOP. Società Cooperativa “** di Alcamo.

SI ALLEGA ALLA PRESENTE:

- COPIA FOTOSTATICA DEL TITOLO DI STUDIO;
- COPIA FOTOSTATICA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO;
- COPIA FOTOSTATICA CODICE FISCALE;

DATA INIZIO DEL CORSO ____ / ____ / _____

Il sottoscritto firmando esprime il consenso al trattamento dei propri dati, qualificati come personali, esclusivamente alla società **“BONIFATO AGRICOOOP. Soc. Coop. “** di Alcamo, come stabilito dalla Legge 31/12/1996 n° 675, art. 10.

Firma _____

Il sottoscritto, si impegna a versare la somma di Euro _____ (_____) al momento della iscrizione, la rimanente parte della quota di partecipazione al corso pari a Euro _____ (_____) sarà versata _____.

Alcamo, li _____

Firma _____