

Domanda di partecipazione all'evento:

BTS For Network ASL

26.04.2017, h. 9.00-18.00

c/o Camera di Commercio di Padova, p.zza Zanellato 21

Richiesta di partecipazione e dati anagrafici

Nome.....

Cognome
.....

nato/a a.....(Comune).....
(Provincia).....

il |_|_|_|_|_|_|_|_| (gg/mm/anno)

Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Al riguardo dichiara:

- di risiedere in:

Via/Piazza n°

Località

Comune

C.A.P. Provincia

Telefono cellulare/..... E-mail
.....

Ente/Azienda/Scuola di appartenenza:
.....

Stato Occupazionale

Il sottoscritto autorizza gli enti che ne entreranno in possesso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs. n. 196/2003.

FIRMA _____