

Fac simile iscrizione corsi formazione in materia di celiachia per gli Operatori del Settore Alimentare

Il sottoscritto.....
nato a.....**il**.....
CF.....:
operante in qualità
presso la struttura.....
sita in.....
via.....

per comunicazioni in merito

tel. **Mail**.....

Firma partecipante al corso

Desideriamo informarLa che il D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Firma

La domanda può essere recapitata via mail ai seguenti indirizzi:

sian.responsabile.ss@aslsassari.it

sian.alghero@aslsassarit

N.B in caso di impossibilità a partecipare telefonare al N° 0792062861/44/52

0799955688/89

0797916024