



**AL COMUNE DI FLORIDIA
SEDE**

DA INVIARE A MEZZO: _____

 I sottoscritt

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ () IL _____

RESIDENTE A _____ () VIA _____

_____ N. _____ CAP. _____

TITOLO DI STUDIO _____

TEL. _____ CELL. _____

E MAIL _____

CODICE FISCALE _____

DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO N. _____

RILASCIATO
DA _____ IL _____

CHIEDE DI POTER PARTECIPARE AL CORSO ON LINE GRATUITO DI DATTILOGRAFIA DI N. 300 ORE DI CUI ALLA CONVENZIONE SOTTOSCRITTA TRA IL COMUNE DI FLORIDIA E ACCADEMIA ERACLITEA.

DATA _____ FIRMA _____

TRATTAMENTO DEI DATI - *il sottoscritto dichiara di aver preso visione ed aver prestato il proprio consenso come previsto dal REGOLAMENTO UE 679/2016 e dal D.lgs. n. 51/2018 come da informativa trattamento dati, allegato n. 1 alla presente scheda.*

DATA _____ FIRMA _____

Allega: Copia del documento di riconoscimento e codice fiscale