|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_