



Modulo informativo sulla celiachia per ristoratori e albergatori

In applicazione dell'art. 5 della L. n. 123/05

LA ASL BARI AMICA DEI CELIACI

Molfetta 27 novembre 2019

SCHEDA DI PARTECIPAZIONE

Cognome (*) _____

Nome (*) _____

Data di nascita (*) _____

Codice Fiscale _____

Denominazione Struttura (*) _____

Tipologia (*) _____

Ruolo (*) _____

Indirizzo (*) _____

Città (*) _____

Tel. Cell. (*) _____

Tel. Lavoro _____

e-mail (*) _____

Ai sensi del D.lgs. 196/03 il sottoscritto dichiara di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo competono al sottoscritto tutti i diritti previsti per legge.

(*)= campi obbligatori

DATA _____

FIRMA _____

Le iscrizioni dovranno pervenire scritte in modo leggibile alla mail rosa.colamaria@asl.bari.it e michele.pappagallo@asl.bari.it

LA PARTECIPAZIONE AL CORSO E' GRATUITA