

OGGETTO. DOMANDA DI AMMISSIONE CORSO FUNGHI.

AL RESP. U.O. FORMAZIONE
AUSL ROMA H
B.go Garibaldi, 12
00041 ALBANO LAZIALE

Il sottoscritt- _____ nat_ a
_____prov. _____ il _____ residente a
_____, via _____, n.
_____, cap. _____ telef. _____ - CELL. _____.

CHIEDE

Di essere ammesso a partecipare ai corsi organizzati dall'Azienda Roma H per il rilascio del tesserino di autorizzazione per la raccolta dei funghi epigei spontanei, ai sensi della legge regionale n. 32/98.

Effettuerà versamento di € 50,00 tramite bollettino postale intestato alla AUSL ROMA H – B.go Garibaldi, 12 – Albano Laziale – c/c postale n. 20592044, cod. IBAN IT57C0760103200000020592044 - dopo la comunicazione dell'avvio dell'attività formativa, di cui consegnerà ricevuta all'inizio del corso.

Dichiara altresì di esprimere con la presente il consenso dell'utilizzo dei propri dati sensibili e la loro trasmissione agli enti istituzionali preposti alla trattazione della materia.

Distinti saluti.

FIRMA

INFORMATIVA - I dati personale forniti verranno trattati solo nel rispetto delle procedure previste dal D. Legs 196 del 30.6.2003 e dagli obblighi di riservatezza cui è ispirata l'attività di questa Azienda USL RM H L'interessato può accedere ai propri dati per chiederne la correzione, l'integrazione o l'annullamento.