

Fac simile domanda

**All' Area Dip. Della Formazione
Azienda Sanitaria U.S.L. n.3
Via Piano dei Lippi n° 1
85042 Lagonegro**

Il/La sottoscritta _____ nata/o a _____

il _____ e residente a _____ in via _____

n° _____ Cod. Fisc. _____ ;

CHIEDE

di essere ammesso/a al Corso di formazione per Autotrasportatori di animali vivi ed Accompagnatori di cui all'Avviso approvato con Delibera del D.G. n° 1140 del 24/11/2010.

Dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi della normativa vigente, di:

- avere Nome _____ e Cognome _____;
- essere nata/o a _____ il _____;
- essere residente a _____ in via _____ n° _____;
- aver compiuto il diciassettesimo anno d'età alla data di iscrizione al Corso.

Allega ricevuta del versamento postale di €. 51,00 sul c.c.p. n° 10491850 intestato a: ASP Basilicata via Torraca 2 Potenza, quale quota d'iscrizione al corso medesimo.

Chiede infine che ogni comunicazione relativa al presente Corso sia fatta al seguente indirizzo:

Sig. _____ via _____ n° _____

Cap _____ Comune _____ Prov. _____ telef. _____.

Data, _____

FIRMA

Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della legge 675/96

Il/La sottoscritto/a _____ autorizza il trattamento dei dati personali, anche con strumenti informatici, per il conseguimento delle finalità per le quali i dati sono stati raccolti.

Data _____

Firma
