MODULO ISCRIZIONE CORSO DI FORMAZIONE (DA INVIARE A gromacondominio@groma.it**)**

Il/la Sottoscritto/a, _____, nato/a a _____(___)

il ___/___/_____ e residente in _____ (___), alla Via _____n. ____ ,

con indirizzo e-mail _____, in qualità di (indicare l'attuale professione)

_____

Partita Iva _____ / Codice Fiscale _____

CHIEDE

l'iscrizione al corso di Formazione Professionale dal Titolo : _____

_____, che si terrà nel periodo _____

_____ presso la Sala Convegni (piano S1) di Palazzo Cipag, via Cavour n.179/a – 00184 Roma.

A tal proposito allega copia della contabile del del Bonifico Bancario effettuato sul C/c intestato a:

GROMA Srl (BANCA POPOLARE DI SONDRIO - Sede Roma - **IBAN: IT25Y 05696 03211 00000 5101X61**)

INFORMATIVA PRIVACY

GROMA S.r.l., ai sensi del **D.lgs. n. 196/2003** (Codice in materia di protezione dei dati personali), che ha sostituito la legge n. 675/1996, informa che il trattamento delle informazioni che La riguardano sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Ai sensi dell'art. 13 del **D.lgs. n. 196/2003**, La informiamo che i dati dal Lei forniti attraverso il presente modulo saranno utilizzati esclusivamente ai fini dell'evasione della Sua richiesta di accredito e non verranno comunicati ad altri soggetti.

CONSENSO

Il Sottoscritto _____, acquisite le informazioni di cui all'art. 13 del **D.lgs. n. 196/2003**, è informato sul trattamento dei propri dati personali nei limiti indicati nell'informativa che dichiara di avere ricevuto e letto e pertanto

Consente *Non consente*

al trattamento dei dati che lo riguardano esclusivamente per i fini indicati.