

Fac simile domanda

**All' Area di Staff  
"Innovazione, Ricerca e Formazione"  
Azienda Sanitaria Potenza  
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° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/2012 da svolgersi a \_\_\_\_\_ presso la Sala Convegni \_\_\_\_\_ nei gg. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/2012.

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**

\_\_\_\_\_