



Modulo informativo sulla celiachia per ristoratori e albergatori

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

**LA ASL BARI AMICA DEI CELIACI**

**Altamura 29 ottobre 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 [sian.altamura@asl.bari.it](mailto:sian.altamura@asl.bari.it).**

LA PARTECIPAZIONE AL CORSO E' GRATUITA