**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

**Corso di formazione Sicurezza D.Lgs. 81/08**

* **Formazione lavoratori art. 36 e 37**

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome | Nome |
| Nato a | Il |
| Residente in Via |  |
| Città | CAP |
| Cellulare | E mail |
| Mansione lavorativa | Cod. fiscale |
| Ente/Datore di lavoro | P.IVA |

**Copia documento d’identità in corso di validità**

Ai sensi e per gli effetti del Regolamento Europeo 2016/679 per la protezione dei dati personali, con la sottoscrizione del presente modulo autorizzo l’Ordine dei medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Palermo al trattamento dei dati personali.

***Il sottoscritto consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità nella formazione degli atti e l’uso di atti falsi comportano l’applicazione delle sanzioni penali.***

**Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**