



Modulo informativo sulla celiachia per ristoratori e albergatori
In applicazione dell'art. 5 della L. n. 123/05
LA ASL BARI AMICA DEI CELIACI

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.

DATA _____

FIRMA _____

**Per informazioni contattare:
SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:**

Rag. Vito Forese – tel. 0803108149 – fax 0803108146 – e-mail: sian.altamura@asl.bari.it

Le iscrizioni dovranno pervenire scritte in modo leggibile alla Segreteria Organizzativa entro il
03 Dicembre 2014, via fax oppure e-mail.

LA PARTECIPAZIONE AL CORSO E' GRATUITA