Il/la sottoscritto/a ……..

C.F __/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

nato/a il ……a …… prov. ……

residente a ……via…… …….. C..A..P. ……

cell. /tel…… e-mail ……..…

professione……

☐ dipendente ASL/ASO …… ☐libero professionista

CHIEDE

di essere iscritto al Corso di Formazione: ……...

……..,,, ……

organizzato dall'ASL TO5 di Chieri e che si terrà il……,……..……

ove è prevista una quota di partecipazione di Euro ……..

PAGAMENTO SOGGETTI PRIVATI

INTESA SANPAOLO IBAN: IT76S0306930360100000046156 intestato a "ASL TO5 –
P.za Silvio Pellico n.1 – 10023 Chieri (TO)

(specificare nella causale il titolo del corso)

Il sottoscritto autorizza l'Azienda Sanitaria Locale TO5 al trattamento elettronico dei propri dati personali per tutto ciò che concerne la realizzazione dell'attività formativa.

Data ..... Firma del **richiedente** .....

PAGAMENTO ENTI PUBBLICI:

Conto Corrente Postale n. 12444105 oppure Coordinate bancarie BANCA D'ITALIA IBAN: IT40K0100003245114300306375 intestato a "ASL TO5 –
P.za Silvio Pellico n.1 – 10023 Chieri (TO)
(specificare nella causale il titolo del corso)

☐ Inoltre chiede che venga emessa fattura intestata a:

Ragione sociale: ……

Via …… n. …… Città ……..…… Prov. ……

Partita I.V.A./C.F.: ……

La presente scheda va debitamente compilata e inviata all'indirizzo
e-mail: scuolaformazione@aslto5.piemonte.it , unitamente alla ricevuta del versamento.