



## CORSI DI FORMAZIONE per Assistenti di Studio Odontoiatrico

Il/la sottoscritto/a .....

titolare di studio/ambulatorio odontoiatrico

Ragione sociale .....

via .....

località ..... Cap ..... Prov..... tel. ....

### ho necessità di formare

- N. .... A.S.O. con il *corso di 700 ore* (DGR 1849/18)
- N. .... A.S.O. con il *corso di 320 ore* (DGR 1849/18)
- N. .... A.S.O. con il *corso di 280 ore* (DGR 1849/18)

A tal fine il/la/i/le **dipendente/i**

..... (Cognome e nome)

..... (Cognome e nome)

..... (Cognome e nome)

..... (Cognome e nome)

ha/hanno già presentato domanda presso **Irecoop** in data .....

#### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Autorizzo il trattamento dei dati personali per le finalità previste nell'informativa ex art. 13, 14 del Regolamento 679/16.

Data ..... Firma titolare .....

Data ..... Firma dipendente.....

Data ..... Firma dipendente.....

Data ..... Firma dipendente.....

Data ..... Firma dipendente.....

Il presente modulo, debitamente compilato e firmato, dovrà essere inviato per e.mail all'indirizzo [andi.modena@virgilio.it](mailto:andi.modena@virgilio.it) o per fax al n. 059/233112