

CORSO PER RILASCIO TESSERA SANITARIA

PREVISIONE OBBLIGATORIA EX. L.R. 41/03

SABATO 27 SETTEMBRE 2008 ore 8.30

DOVE SI TERRÀ IL CORSO

Momis srl

Via dell'industria n. 8 (II° piano sopra la mensa)
32010 Pieve d'Alpago (BL)
Info: 0437989361 / 3381419265 info@momis.it
www.momis.it area formazione del personale

COSTO A PARTECIPANTE

€ 40,00 + IVA 20% clienti Momis
Si accettano pagamenti solo con Bonifico Bancario ANTICIPATO intestato a Momis srl
Banca: Popolare di Vicenza
IBAN: IT 41 N 05728 88250 610570359901

DURATA 4 ORE

sabato **27 settembre** dalle ore **8.30 alle ore 12.30**
dalle 8.30 alle 9.30 I° modulo igiene personale
dalle 9.30 alle 10.30 II° modulo malattie trasmissibili
dalle 10.30 alle 11.30 III° modulo sanificazione
dalle 11.30 alle 12.30 test di verifica e consegna tessere

CHI DEVE FARLO

Il corso è rivolto a tutti gli operatori (titolari, soci, dipendenti e collaboratori) operanti in settori caratterizzati dalla manipolazione alimentare.
Alcuni esempi: bar, mensa, panificio, azienda alimentare ecc.
Il corso verrà erogato solo al raggiungimento di minimo **25 partecipanti**. In caso di mancato raggiungimento del numero minimo di partecipanti, tutti gli iscritti saranno avvisati tempestivamente.

SI RILAScerà **TESSERA SANITARIA VALIDA** AL TERMINE DEL CORSO.

COMPILARE E INVIARE IL MODULO DI ADESIONE AL FAX 0437989682

LE ISCRIZIONI SONO APERTE FINO AL **20 SETTEMBRE 2008 ALLE ORE 17.15**

Modulo identificativo per partecipare al corso per la nuova tessera sanitaria e consenso al trattamento dei dati.

Il/La Sottoscritto/a Nome/Cognome _____ In qualità di Titolare Socio
della ditta: Ragione Sociale _____ P.IVA. _____
Via/Piazza _____ n. _____ CAP _____ Città _____ Prov. _____
Tel. _____/_____ Fax _____/_____ e-mail _____@_____.

Chiede di iscrivere al presente corso:

Cognome e Nome	Data scadenza Libretto Sanitario (o data assunzione se senza)	Indicare se	EBAV
_____	____/____/____	<input type="checkbox"/> Titolare <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Dipendente/Collaboratore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
_____	____/____/____	<input type="checkbox"/> Titolare <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Dipendente/Collaboratore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
_____	____/____/____	<input type="checkbox"/> Titolare <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Dipendente/Collaboratore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
_____	____/____/____	<input type="checkbox"/> Titolare <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Dipendente/Collaboratore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
_____	____/____/____	<input type="checkbox"/> Titolare <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Dipendente/Collaboratore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Ho eseguito il bonifico bancario ANTICIPATO (allego copia bonifico)

I dati personali saranno trattati per le finalità previste e nelle modalità e nel rispetto delle prescrizioni di cui al D.Lgs 196/2003. Titolare del trattamento è: **MOMIS srl, Via dell'industria 8 – 32010 Pieve d'Alpago (BL)**. Rivolgersi al Titolare per esercitare i diritti previsti dall'art. 7 (accesso, correzione, cancellazione ecc) scrivendo al numero di fax. 0437989682.

È attribuito a ciascun partecipante il diritto di recedere ai sensi dell'art. 1373 C.C. che dovrà essere comunicato con disdetta scritta da inviare **via fax allo 0437989682 entro 10 giorni** lavorativi antecedenti l'incontro. In caso contrario verrà trattenuta o richiesta l'intera quota di partecipazione, e si avrà diritto a ricevere il materiale didattico.

Il sottoscritto in qualità di conferente l'incarico, dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 ed esprime il proprio consenso al trattamento dei dati che lo riguardano, con particolare riferimento ai cosiddetti dati "sensibili".

L'adesione dà diritto alla pubblicazione nel portfolio del sito www.momis.it e invio di comunicazioni anche commerciali, per negare barrare qui

Luogo _____ Data _____

Firma del cliente conferente l'incarico