



Scuola per la Democrazia – Piersanti Mattarella

Il/La sottoscritto/a

Nome:

Cognome:

Nato/a a:

Il:

Incarico:

c/o il Comune:.....

chiede di partecipare al corso

Telefono fisso:

Telefono cellulare:

Fax:

Indirizzo e-mail:

Recapito per comunicazioni relative al corso:

Località:

Provincia:

Via:

Numero civico: Cap:

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Acconsento al trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.L. n. 196/2003 esclusivamente per le finalità connesse alla selezione.

Ai sensi dell'art. 7 del D.L. n. 196/2003 il titolare del trattamento dei dati è l'Assemblea Regionale Siciliana