

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE CORSO SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO

Il/La sottoscritto/a _____

CHIEDE

di partecipare alla selezione per il corso per "Sicurezza sui luoghi di lavoro" della durata di 25 ore

A tal fine, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali per dichiarazioni mendaci, falsità ed uso di atti falsi, ai sensi dell'art. 76 del citato D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

1) di essere nato/a a _____ prov. _____ il _____
nazione _____ codice fiscale _____ I

2) di essere di sesso [M] [F]

3) di essere cittadino [] Italiano
[] Comunitario _____ (indicare nazionalità)

4) di essere residente nel Comune di _____
CAP _____ prov. _____ località _____
Via/Piazza _____ n. _____
telefono _____ cellulare _____

5) di essere domiciliato (se indirizzo diverso dalla residenza) al seguente indirizzo
Comune di _____
CAP _____ prov. _____ località _____
Via/Piazza _____ n. _____
telefono _____ cellulare _____

6) di avere il seguente indirizzo di posta elettronica per eventuali comunicazioni

(campo obbligatorio e compilato in modo leggibile)

7) di essere docente di "....." presso l'istituto _____ con sede in
_____ via _____ tel. _____

8) di autorizzare l'AdIM Srl al trattamento dei dati personali e sensibili, ai sensi del D.Lgs.vo n. 196/2003

Data _____

_____ Firma

Liberatoria di utilizzo delle immagini

9) di autorizzare l'AdIM Srl alla pubblicazione di materiale video e fotografico nell'ambito delle attività inerenti il corso. Prendo atto della eventuale possibile registrazione nei motori di ricerca e della possibilità che l'immagine venga pubblicizzata via web, stampa e qualsiasi altra modalità. Autorizzo la pubblicazione dei dati personali nella forma in cui sono esposti che accetto come conformi alle esigenze di privacy. Autorizzo, secondo le esigenze tecniche, eventuali modifiche delle immagini fornite e ne fornisco il pieno consenso alla pubblicazione. Attraverso questa istanza liberatoria l'AdIM Srl viene svincolata da ogni responsabilità diretta o indiretta inerente i danni al mio patrimonio e alla

AdIM S.r.l.

Sede Legale 00187 Roma (RM) – Via Calabria, 56
Sede Amm.va 80143 Napoli – Via Nuova Poggioreale, 61 C.P. INAIL T. 7 P. 9°
Capitale Sociale 25.000,00 I.V. - P.IVA 03942060652
Tel. 081 7871810 – Fax 081 32231125
www.adim.info – segreteria@adim.info

1

mia all'immagine. Il sottoscritto, conferma di non aver nulla a pretendere in ragione di quanto sopra indicato e di rinunciare irrevocabilmente ad ogni diritto, azione o pretesa derivante da quanto sopra concesso. La presente autorizzazione non consente l'uso dell'immagine in contesti che pregiudichino la propria dignità personale ed il decoro e comunque per uso e/o fini diversi da quelli sopra indicati.

Data _____

Firma

Documentazione allegata alla domanda:

1. copia in carta semplice di un documento di identità in corso di validità
2. copia curriculum vitae

Data _____

Firma

AdIM S.r.l.

=====

Sede Legale 00187 Roma (RM) – Via Calabria, 56
Sede Amm.va 80143 Napoli – Via Nuova Poggioreale, 61 C.P. INAIL T. 7 P. 9°
Capitale Sociale 25.000,00 I.V. - P.IVA 03942060652
Tel. 081 7871810 – Fax 081 32231125
www.adim.info – segreteria@adim.info

2