

**I EDIZIONE CORSO DI FORMAZIONE PER**

**Micologo**

**ai sensi del D.M. del 29/11/1996 n. 686 Ministero della Salute**

(autorizzato dalla Regione Lazio con Determinazione N. G13536 del 05/10/2017)

***MANIFESTAZIONE DI INTERESSE***

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
domiciliato in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ Titolo di studio \_\_\_\_\_

Manifesta il proprio interesse a partecipare alla **I EDIZIONE CORSO DI FORMAZIONE PER Micologo ai sensi del D.M. del 29/11/1996 n. 686 Ministero della Salute (autorizzato dalla Regione Lazio con Determinazione N. G13536 del 05/10/2017)** organizzato da ASPIIN, Azienda Speciale Internazionalizzazione e Innovazione della Camera di Commercio di Frosinone.

Resta in attesa di ricevere comunicazioni in merito al calendario e al programma definitivo dell'attività.

L'iscrizione si perfezionerà solamente con la compilazione della SCHEDA DI ISCRIZIONE unitamente al pagamento della quota di partecipazione.

Data \_\_\_\_\_ Firma richiedente \_\_\_\_\_

**Privacy**

L'azienda esprime il consenso al trattamento e alla comunicazione di tutti i dati contenuti nella domanda di partecipazione (ai sensi del Dlsg 196/2003) fatti salvi i diritti di cui all'art. 7. Ai sensi dell'art. 13 i dati saranno trattati, con modalità cartacee ed informatizzate, da ASPIIN, oltre che per scopi amministrativi e contabili, per invio di materiale informativo (via fax, posta elettronica o posta ordinaria) relativo ad iniziative, in Italia e all'estero, promosse da ASPIIN nell'ambito delle proprie attività istituzionali. I dati potranno essere comunicati da ASPIIN ad altre organizzazioni o enti promotori delle stesse iniziative o che collaborano con ASPIIN, sia in Italia che all'estero. Per qualsiasi richiesta di informazione, aggiornamento, o cancellazione è possibile contattare il titolare del trattamento, ASPIIN, all'indirizzo: [info@aspiin.it](mailto:info@aspiin.it)

- AUTORIZZO  
 NON AUTORIZZO

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

Per informazioni rivolgersi a:  
Simonetta Ceccarelli - ASPIIN Tel. 0775.275268 - e-mail [s.ceccarelli@aspiin.it](mailto:s.ceccarelli@aspiin.it)

**DA INVIARE VIA MAIL A : [s.ceccarelli@aspiin.it](mailto:s.ceccarelli@aspiin.it)**