



LA FABBRICA DEL SAPERE

Accademia di Formazione, Ricerca e Sviluppo

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CORSO SUI RISCHI DEL GIOCO PATOLOGICO E SULLA RETE DI SOSTEGNO

Dati partecipante al corso

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ Prov. _____ il ____/____/_____
residente a _____ Prov. _____ Cap _____
Via _____
tel. _____ cell. _____ email _____
Codice Fiscale [] sesso M () F ()
Titolo di Studio _____

Ragione Sociale Impresa (se in possesso di partita iva)

P. IVA _____ C.F. _____
Città _____ Prov. _____ Cap _____
Via _____
Tel. _____ Fax. _____
Email _____

Con la presente dichiara che intende iscriversi al corso di formazione OBBLIGATORIO PER TITOLARI E PREPOSTI DELLE SALE DA GIOCO: (segnare con una [X])

[] CORSO DI FORMAZIONE PER PERSONALE OPERANTE NELLE SALE GIOCO, (PREPOSTI, ADDETTI E DIPENDENTI) E NEI LOCALI OVE VIENE AUTORIZZATA L'INSTALLAZIONE DI APPARECCHI DA GIOCO

DURATA: 8 ore COSTO: € 150,00 + IVA

[] CORSO DI FORMAZIONE PER GESTORI SALE GIOCHI E LOCALI CON APPARECCHIATURE PER IL GIOCO D'AZZARDO LECITO

DURATA: 4 ore COSTO: € 80,00 + IVA

Il/la sottoscritto/a prende atto:

- che la presente domanda potrà essere accolta dalla Fabbrica del Sapere s.r.l. solo al termine dell'analisi dei documenti;
- che al termine del percorso, sarà rilasciato un attestato Autorizzato ai sensi della D. D. del Comune di Andria n. 384 del 19/02/2016
- che il corso è obbligatorio per tutti i soggetti previsti dall'art. 7 comma 5 della LR n. 43 del 13/12/2013

La presente domanda di iscrizione deve essere corredata dai seguenti allegati:

- Fotocopia della carta d'identità;
- Fotocopia del codice fiscale;
- Visura camerale se ci si iscrive al corso per Gestori

Data _____ Firma _____

Il/la sottoscritto/a: _____

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/200, dichiara che le informazioni contenute nel presente documento corrispondono a verità; ai sensi della Legge 193/03, autorizza al trattamento dei dati personali per gli adempimenti connessi alla gestione delle attività di formazione e autorizza la loro trasmissione a La Fabbrica del Sapere s.r.l.

Data _____ Firma _____

Modalità di pagamento:

ACCONTO: - € 50,00 tramite B. Bancario a favore de LA FABBRICA DEL SAPERE s.r.l.

SALDO: - prima dell'inizio del corso

Estremi per effettuare Bonifico:

Iban MPS filiale di Andria: IT 98 F 01030 41340 00000 13 65 289

Beneficiario: La Fabbrica del Sapere s.r.l.

Rispedire la presente per email a lafabbrica.delsapere@libero.it oppure al fax 0883/887429 con allegato copia bonifico