DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CORSO

PER I GESTORI DI CENTRI SCOMMESSE E SPAZI PER IL GIOCO CON VINCITA IN DENARO E PER TUTTO IL PERSONALE IVI OPERANTE. - *L. R. n. 21 del 17/06/2019 "Modifiche e integrazioni alla L.R. n. 43/2013 (Contrasto alla diffusione del gioco d'azzardo patologico GAP") – B.U.R.P. n. 66 del 17.06.2019 e D.G.R. n. 2129 del 25.11.2019 - B.U.R.P. n. 02 del 03.01.2020.*

Approvato con Delibera della Giunta Comunale di Taurisano n.117 del 08.10.2020

….l…. sottoscritt…._____

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. del 28 dicembre 2000 n° 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/2000 n° 445; ai sensi e per gli effetti dell'art.47 del citato D.P.R. 445/2000;
sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di essere nato/a _____il _____

di essere residente a _____via _____

C.F. _____tel._____

cell. _____e-mail _____

Azienda richiedente _____

Sede Legale _____

P.IVA/C.F. _____

CHIEDE

di partecipare al CORSO in oggetto.

Lecce , li _____ Firma

Il sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n° 196 del 30 giugno 2003, di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Autorizzo al trattamento dei dati personali ai sensi della Legge 675/94 consapevole dei diritti inerenti ex art.13 della predetta Legge

- SI
- NO

Allegati : copia di un documento di riconoscimento valido.

Firma

Via G. Candido n° 2 – 73100 LECCE – Tel./fax 0832.241204 - Cell. 338.8647887 – email corsiludopatia@gmail.com