



## 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