

da compilare e inviare a [formazione@labcam.it](mailto:formazione@labcam.it)

**NOME**

**COGNOME**

**INDIRIZZO**

Via/Piazza

Codice Postale

Città

Provincia/Stato

**EMAIL**

**CODICE FISCALE**

**TELEFONO**

**AZIENDA**

Ragione Sociale

Settore

Sede Azienda

**SONO INTERESSATO/A  
AL CORSO:**

Data del corso

## CREDITI RICONOSCIUTI

**Verranno riconosciuti 3 CFP (Crediti Formativi Professionali per gli iscritti all'ordine dei tecnologi alimentari)**

Il/La sottoscritto/a autorizza il trattamento dei propri dati personali, inclusi quelli relativi alla propria immagine e voce, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), a titolo gratuito, senza limiti di tempo e su qualsiasi supporto (incluso web e social network), per fini promozionali e istituzionali.

DATA

FIRMA