



**ENTE BILATERALE AGRICOLO TERRITORIALE DELLE PROVINCE DI COMO E LECCO
(EBAT)**

RIMBORSO SPESE FORMAZIONE RLS AZIENDALE

DICHIARAZIONE AVVENUTA FORMAZIONE RLS AZIENDALE

La/il sottoscritta/o _____
 Luogo di nascita _____
 Data di nascita _____ Codice fiscale _____
 Indirizzo di residenza _____ n. _____
 Comune _____ Cap _____ prov. _____
 Tel _____ e-mail _____

IN QUALITÀ DI TITOLARE/LEGALE RAPPRESENTANTE LEGALE

dell'impresa _____
 codice fiscale _____ partita IVA _____
 IBAN _____ Istituto bancario _____

DICHIARA

che in data _____ il/la dipendente _____
 ha partecipato al corso di formazione/aggiornamento per RLS presso la società _____

Il /la sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità, che i dati e le informazioni contenute nella presente dichiarazione corrispondono al vero.

Data _____ Timbro e firma _____

N.B. Si allega copia fattura quietanzata

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:

Il sottoscritto/a _____acquisite le informazioni, ai sensi del Reg. UE n. 679/2016 e del D.Lgs 196/2003, sull'utilizzo dei dati personali,

ACCONSENTE **NON ACCONSENTE**

Al trattamento dei dati personali per le esclusive finalità contenute nel modulo di adesione.

Data _____ Timbro e firma _____