



CHIEDE

il riconoscimento del voucher Studi professionali per i seguenti lavoratori dello Studio professionale _____:

1	Nome		Cognome	
	C.F.		Cell.	
	Email		IBAN	

2	Nome		Cognome	
	C.F.		Cell.	
	Email		IBAN	

3	Nome		Cognome	
	C.F.		Cell.	
	Email		IBAN	

4	Nome		Cognome	
	C.F.		Cell.	
	Email		IBAN	

5	Nome		Cognome	
	C.F.		Cell.	
	Email		IBAN	

6	Nome		Cognome	
	C.F.		Cell.	
	Email		IBAN	

A tale scopo si impegna a inviare ad EPAR Ente Paritetico CIFA-CONF.S.A.L., nei tempi e nelle modalità previste dall'Avviso "Voucher Studi professionali", la documentazione necessaria all'accesso al beneficio.

Luogo e data _____

Il Titolare/legale rappresentante dello
Studio professionale



TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto/a _____ ricevuta l' informativa sull' utilizzazione dei dati personali, ai sensi dell' art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i., consento al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari. Consento altresì all' invio dei miei dati personali ai soggetti indicati nella scheda informativa di cui sopra per le finalità nella stessa scheda indicate.

(Firma)

_____, li _____