

**MODULO DI RICHIESTA**

**FORMAZIONE “AD-HOC”**

**compilare e inviare ad: [amministrazione@cdsformazione.it](mailto:amministrazione@cdsformazione.it)**

Ragione sociale Azienda	
Indirizzo Azienda	
Telefono – Fax	
Mail Azienda	

Referente da contattare	Cognome e Nome:
	Recapito Telefonico:

Tipologia Percorso Formativo richiesta	
--	--

Numero dipendenti coinvolti	
Qualifica dipendenti (es. operai, impiegati...)	
Periodo indicativo di realizzazione (mese)	

Con la sottoscrizione della presente autorizzo CDS FORMAZIONE s.r.l., al trattamento dei miei dati personali, ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679, per le finalità ed adempimenti connessi e derivanti dall'effettuazione della presente procedura.

\_\_\_\_\_

Data

**TIMBRO E FIRMA**