

Spett.le

**Consiglio dell'Ordine
dei Dottori Commercialisti
e degli Esperti Contabili di Pescara
Via Rieti, 45
65121 Pescara**

Oggetto: Richiesta accreditamento evento formativo

Il sottoscritto _____
in qualità di delegato _____
con sede in _____ tel. _____ fax _____
C.F. _____, P. IVA _____
indirizzo mail _____;
chiede

a codesto Ordine l'accreditamento del seguente evento formativo da poter inserire nel vostro programma di formazione professionale continua per il ___ **semestre** dell'anno _____

Titolo dell'evento:

materia trattata: _____
codice _____
da tenersi c/ _____,
capienza _____ posti
in data _____
con il seguente orario _____

Si allega il programma dettagliato con gli interventi.

Il referente dell'evento per la nostra organizzazione sarà _____.
Sarà vostra cura la rilevazione delle presenze. All'uopo si metterà a vostra disposizione un luogo idoneo all'ingresso della sala per le funzioni di segreteria.
L'evento sarà gratuito / pagamento

In fede

ESPRESSIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto pienamente informato ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, presta il proprio assenso affinché l'Ordine dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili di Pescara, quale titolare, proceda al trattamento dei dati personali forniti attraverso il presente modulo in conformità all'informativa ricevuta, nonché alla loro comunicazione a terzi.

....., li Firma