

## MODULO RICHIESTA “MAESTRI DEL COMMERCIO”

### Il sottoscritto/a

Cognome.....	Nome.....
Nato/a a .....	Il .....
Residente in via.....n.....	
Città.....	Comune.....
	Provincia .....
Telefono.....	Cellulare.....
E-mail: .....	

in possesso dei requisiti richiesti dal regolamento di cui ha preso visione e che dichiara di accettare.

### CHIEDE

che gli venga conferita l’Onorificenza di **Maestro del Commercio** per avere svolto attività nel settore commerciale, turistico o dei servizi per n..... anni, come appresso specificato.

Periodi di attività		Qualifica (lavoratore dipendente, titolare o coadiutore)
dal	al	

Luogo e Data .....

Firma .....

**INFORMATIVA SULLA PRIVACY:** Ai sensi del D.Lgs. 196/03, informiamo che i dati raccolti con la presente scheda saranno trattati da ASCOM CONFCOMMERCIO IMPRESE PER L'ITALIA DI PORDENONE e utilizzati ai fini organizzativi e per eventuali verifiche da parte di organi di controllo. In ogni momento potrete richiedere l'aggiornamento, il blocco o la cancellazione dei dati qui comunicati. Il conferimento dei dati è facoltativo; il mancato conferimento comporta l'impossibilità di eseguire le prestazioni richieste. Titolare del trattamento è Ascom-Confcommercio - P.le dei Mutilati n. 4 - 33170 Pordenone – tel. 0434.549411 .