



## RETE DI SCUOLE E DI AGENZIE PER LA SICUREZZA DELLA PROVINCIA DI AREZZO

ISTITUTO CAPOFILA: I.T.I.S. "G. GALILEI"

Via Dino Menci, 1 52100 Arezzo

Tel. 05753131 - Fax 0575313206

E-mail: [rete@sicurezzascuole.arezzo.it](mailto:rete@sicurezzascuole.arezzo.it); Sito Internet: <http://www.sicurezzascuole.arezzo.it>

INIZIATIVE ED ATTIVITÀ PER LA PROMOZIONE DELLA CULTURA DELLA SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO, NELLE SCUOLE E TRA I GIOVANI LAVORATORI

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### MODULO DI ADESIONE ALLA RETE

(da inoltrare via e-mail all'indirizzo [rete@sicurezzascuole.arezzo.it](mailto:rete@sicurezzascuole.arezzo.it) o via FAX 0575-313206 all'Istituto Capofila I.T.I.S. "G. Galilei" di Arezzo )

Il sottoscritto \_\_\_\_\_,

in qualità di \_\_\_\_\_ (\*)

dell'Istituto \_\_\_\_\_

(indicare nome, ordine e grado dell'Istituto scolastico)

Indirizzo \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Visti il Protocollo di Intesa e lo Statuto, il cui contenuto accetta integralmente,

### CHIEDE

di aderire alla Rete di Scuole e di Agenzie per la Sicurezza della Provincia di Arezzo.

Comunica pertanto di aver provveduto al versamento della quota di iscrizione annuale di €.300,00(\*\*) tramite Bonifico a Banca Valdichiana Credito Cooperativo Tosco-Umbro via Petrarca 2/4 Arezzo IBAN IT34A084891410100000364909 , intestato a ITIS GALILEI AREZZO (CAUSALE: quota annuale di iscrizione alla Rete Sicurezza Arezzo), e si impegna a rinnovare il versamento alla sua scadenza (un anno dalla data del versamento).

In fede.

Firma

\_\_\_\_\_

(\*) Se delegato dal legale rappresentante, allegare atto di delega.

(\*\*). Allegare la ricevuta del versamento.

Ai sensi del D. Lgs n° 196 del 30/06/03 (codice Privacy) si precisa che il trattamento dei suoi dati personali è finalizzato all'esclusivo assolvimento degli obblighi istituzionali della Rete.