

**Welfare Index: un premio per le imprese – modalità di partecipazione**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome dell’azienda |  |
| Indirizzo |  |
| Numero di addetti |  |
| Nome del titolare o del responsabile |  |
| Telefono mobile |  |
| e-mail personale |  |
| **Desidero essere intervistato telefonicamente:** |
| □ Sì  | □ No |

Il/la sottoscritto/a…………….., acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento, esprime il proprio consenso all’utilizzo dei propri dati personali ed aziendali ai fini della realizzazione del Welfare Index aziendale.

Dichiara a tal fine di aver ricevuto idonea informativa ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n°196/2003 sulla finalità della raccolta dei dati, sui soggetti cui gli stessi potranno essere comunicati, sulla nomina a Responsabile del trattamento della *Innovation Team Srl,* Via degli Olivetani, 10/12 – 20123 – Milano*.*

Luogo ........................... Data .................................

Nome ....................................... Cognome ...........................................

Firma leggibile \* ....................................................................................

Da restituire via mail a: direzione@confagricoltura.it o via fax al numero 06 6879686