

Indicare **Codici Ateco**: _____ Settore Attività: _____

- **Durata del corso:** 12 ore
- **Costo:** € 190,00 + iva cada persona

Indicare con una X l'Edizione per la quale si intende effettuare l'iscrizione:

MODALITA' DI EROGAZIONE		DATA e ORARIO
<input type="checkbox"/> Ed.05	AULA MIRANDOLA (MO) c/o AP Consulting Viale Gramsci, 339	Lezione Teorica: 12/10/2022 Ore 9.00 -13.00 / 14.00 – 18.00 Lezione Pratica*: 17/10/2022 Ore 9.00 – 13.00
<input type="checkbox"/> Ed.06	AULA FERRARA c/o SicurImpresa Via F. Sutter, 17	Lezione Teorica: 07/11/2022 Ore 9.00 -13.00 / 14.00 – 18.00 Lezione Pratica*: 14/11/2022 Ore 9.00 – 13.00

* Orario e sede definitivi della pratica da definire in base al numero di iscritti; saranno comunicati alla conferma del corso da parte dell'Ente.

Le iscrizioni vengono raccolte fino a 7 giorni prima della data di inizio. Si informa che il corso è a numero chiuso.

DATI PARTECIPANTE:

Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita: __ / __ / ____ Luogo di nascita: _____ Prov. (_ _)

Codice Fiscale: _ _ _ _ _ Mansioni: _____

E-mail (dato obbligatorio per la videoconferenza) _____

Corsi RPF	INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG. EU 679/2016 - ESTRATTO Prendo atto che AiFOS tramite il Responsabile del Progetto Formativo (RPF) e la sede amministrativa specificata a piè di pagina acquisisce i dati personali (qui inseriti) nella propria banca dati per le finalità citate nell'informativa estesa (disponibile sul sito di AiFOS) di cui ho preso visione. In particolare: AiFOS, quale garante del processo formativo, è responsabile dell'archiviazione e della conservazione per almeno 30 anni, dei documenti (trascrizione formazione, rilascio attestato e libretto curriculare tutti previsti dal D.Lgs 81/08) attestanti la corretta esecuzione del progetto formativo. Prendo atto delle finalità in capo alla sede amministrativa e all'RPF che disciplinano il regolare svolgimento del rapporto contrattuale, per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale e all'effettuazione delle operazioni connesse alla formazione e all'organizzazione interna (registrazione partecipanti, accoglienza e assistenza, scadenze dei titoli formativi). Ulteriori finalità della sede amministrativa e dell'RPF saranno specificate in altra informativa. In qualità di Datore di Lavoro, titolare del trattamento dei dati personali dei propri dipendenti e collaboratori, anche nel caso in cui, con atto a parte, ho nominato la sede amministrativa o il RPF Responsabile del trattamento ai sensi dell'art. 28 Reg. 679/2016, autorizzo il trasferimento dei dati ad AiFOS quale titolare autonomo per finalità di garanzia del processo formativo, archiviazione e conservazione come sopra riportato.
------------------	---

Io sottoscritto _____ (cognome e nome) in qualità di **Datore di Lavoro** dichiaro ai sensi dell'art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 che:

- Gli iscritti sono in possesso dei requisiti specificati nel programma del corso **Luogo e data** _____ **Firma** _____
- Anche gli iscritti hanno preso visione delle informative ai sensi del Reg. UE 679/2016 **Luogo e data** _____ **Firma** _____

DIRITTO DI RECESSO

Il diritto di recesso si applica **esclusivamente al privato che effettua l'acquisto in qualità di consumatore** ex D.Lgs 206/2005 e non a liberi professionisti con P.IVA, ad aziende e a singoli privati che si procurino beni o servizi utili a perfezionare competenze professionali già esistenti o ad acquisirne nuove.
Ai sensi dell'art. 59 c. 1, lettera a) del Codice del Consumo (Decreto Legislativo 6 settembre 2005 n.206) così come modificato dal D.Lgs. 21/02/2014, il diritto di recesso non può essere esercitato dopo la completa prestazione del servizio stesso. In questo caso, il consumatore, con la sottoscrizione del presente documento, accetta espressamente di perdere ogni diritto di recesso. Il diritto di recesso sarà quindi esercitabile dal consumatore solo ed esclusivamente nei 14 giorni successivi dall'acquisto del corso in aula, anteriormente all'inizio del corso.

ESTREMI RELATIVI ALL'EMISSIONE DI FATTURA

Ragione Sociale: _____

Sede Legale: Via _____

Comune _____ Prov. (_ _) CAP _____

P.IVA _____ e Codice Fiscale _____

Tel. _____ e-mail _____

CODICE DESTINATARIO (SDI) _____ PEC per fatturazione

Referente Amministrazione: _____ Tel. / email diretti: _____

Referente Corsi Formazione: _____ Tel. / email diretti: _____

Indicare con una X se si rientra nelle seguenti categorie, completando con i dati richiesti:

- PUBBLICA AMMINISTRAZIONE: CIG _____ DETERMINA _____ Data __ / __ / ____
- SPLIT PAYMENT: CIG _____ DETERMINA _____ Data __ / __ / ____
- Esente IVA – articolo di riferimento/descrizione esenzione: _____

Attestati e Modalità di pagamento: l'erogazione dell'attestato sarà in formato digitale a seguito dell'avvenuto pagamento della quota d'iscrizione tramite bonifico bancario. Le Coordinate saranno visibili nella fattura emessa dalla nostra amministrazione al termine del corso.

La quota di iscrizione comprende: partecipazione al corso, materiale del corso, attestato e servizi previsti dal programma del corso. **Per i corsi attrezzature, in aggiunta, la quota comprende il patentino con foto identificativa.** Firmando la presente si dichiara di aver preso visione e di accettare le informazioni generali, il programma, le modalità organizzative del corso in oggetto. Il CFA si riserva la facoltà, per cause non dipendenti dalla propria volontà, di annullare o modificare le date del corso dandone tempestiva comunicazione. In fase conferma definitiva verranno indicate definitivamente sedi, orari e date di svolgimento.

Luogo e data _____ Firma _____

Compilare tutti i campi in STAMPATELLO e inviare i moduli a formazione@sicurimpresa.it

Responsabile del progetto Formativo Alessandro Poletti Codice n. 319
Sede amministrativa: SicurImpresa s.r.l.
Via F. Sutter 17 - 44124 Ferrara (FE) tel. 0532/898120 fax 0532/891018 mail info@sicurimpresa.it
CF/P.IVA 01909500207

CODICE	REVISIONE	DATA	PAGINA
MOD41	01	18/05/2022	1/1