

Trieste dal 27 Marzo al 10 Aprile 2017

Compilare TUTTI i campi del modulo in STAMPATELLO e inviare via e-mail a davide.degrassi@firest.eu o al fax 040 311498

Parte da compilare a cura del PARTECIPANTE

| | | | |
|---------------------------------|-----------|------------------------|------------------|
| Cognome e nome | Mansione | Settore di riferimento | titolo di studio |
| _____ (____) _____ | | | |
| Nato a | provincia | in data | codice fiscale |
| _____ | | | |
| Residente a (città e provincia) | via | n. civico | cap |
| _____ | | | |
| Cellulare | mail @ | | |
| _____ | | | |

Dichiaro ai sensi dell'art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 di essere in possesso dei requisiti specificati nel programma del corso

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL D.LGS N. 196 DEL 30/06/03

Autorizzo il Responsabile del Progetto Formativo (R.P.F.), la sede amministrativa specificata in calce alla presente ed AiFOS ad inserire i presenti dati personali nella propria banca dati onde consentire il regolare svolgimento del rapporto contrattuale, per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale, per effettuare operazioni connesse alla formazione e all'organizzazione interna (registrazione partecipanti, accoglienza e assistenza, orientamento didattico, rilascio attestato e libretto curriculum) e per favorire tempestive segnalazioni inerenti ai servizi e alle iniziative di formazione.

Luogo e data _____ Firma _____

Parte da compilare a cura dell'azienda (ESTREMI RELATIVI ALL'EMISSIONE di RICEVUTA O FATTURA):

| | | | |
|--|--|-----------|-----|
| Ragione sociale azienda / ditta / ente | | | |
| _____ | | | |
| Con sede a (città e provincia) | via | n. civico | cap |
| _____ | | | |
| Tel. Fisso | mail @ (del referente per la fatturazione) | | |
| _____ | | | |
| Partita iva | Referente per la fatturazione (nome e cognome) | | |
| _____ | | | |

QUOTE D'ISCRIZIONE (barrare con una X)

| | |
|--------------------|---|
| Il partecipante è: | Quota di iscrizione |
| Quota | <input type="checkbox"/> € 380,00 + IVA |

Modalità di pagamento: indicare con una X la forma di pagamento scelta

Indicare la modalità di pagamento

Causale iscrizione "**Corso RSPP Datore di Lavoro Rischio Medio Moduli 3 e 4 – PARTECIPANTE: NOME + COGNOME**"

Ente Pubblico (esente iva) con pagamento a 30 gg dal ricevimento fattura. Codice Univoco _____ CIG (se presente): _____

La quota di iscrizione comprende: partecipazione al corso, materiale del corso, attestato e servizi vari come previsti dal programma del corso. Firmando la presente si dichiara di aver preso visione e di accettare le informazioni generali, il programma, le modalità organizzative del corso in oggetto. **L'iscrizione è effettiva esclusivamente ad avvenuto pagamento della quota di iscrizione del corso.** Il R.P.F. si riserva la facoltà, per cause non dipendenti dalla propria volontà, di annullare o modificare le date del corso dandone tempestiva comunicazione. Nel caso di annullamento verrà restituita l'intera quota versata. Le iscrizioni vengono raccolte in ordine cronologico. Il corso è a numero chiuso. In caso di mancata partecipazione al corso, con preavviso superiore ai 5 giorni lavorativi, la sede amministrativa in calce tratterà e fatturerà il 50% della quota di iscrizione versata. Diversamente, in caso di mancata partecipazione al corso senza il preavviso di almeno 5 giorni lavorativi tratterà e fatturerà l'intera quota di iscrizione versata.

Luogo e data _____ Firma _____

