

Compilare TUTTI i campi del modulo in STAMPATELLO e inviare a formazione@consul-group.it o al fax 030/2158246

Parte da compilare a cura del PARTECIPANTE

Cognome e nome _____ Mansioni _____ Settore di riferimento _____ titolo di studio _____

Nato a _____ () _____ 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 | Iscrizioni multiple (minimo 3 partecipanti, vedi pag. seguente) |
|---|----------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Quota intera | • € 480,00 + IVA 22% | / |
| <input type="checkbox"/> Quota scontata | / | / |

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

BONIFICO BANCARIO intestato a ConsulGroup Srl – Banco di Brescia- IBAN IT 67 G 03111 11225 000000035560 Il bonifico dovrà essere effettuato 5 giorni prima dell'inizio del corso e l'attestazione del pagamento (con indicazione titolo corso e

ConsulGroup Srl
 Via C. F. Ghidini, 100 - 25030 Torbole Casaglia (BS)
 Telefono: +39 030 2151320 | Fax: + 39 030 2158246
 Email: info@consul-group.it | Web Site: www.consul-group.it

C. Fiscale e
 P.IVA:02371010980



| CODICE | REVISIONE | DATA | PAGINA |
|---------|-----------|----------|--------|
| MOD17.1 | 00 | 01/12/16 | 1/4 |

SCHEDA D'ISCRIZIONE
MODULO C
CORSO DI SPECIALIZZAZIONE
Responsabile del Servizio di
Prevenzione e Protezione
Torbole Casaglia (Bs), data Dicembre 2017

nominativi partecipanti) dovrà essere anticipata al fax 030.2158246 oppure all'indirizzo e-mail amministrazione@consul-group.it. Diversamente, l'attestato del corso non sarà rilasciato.

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 _____



| CODICE | REVISIONE | DATA | PAGINA |
|---------|-----------|----------|--------|
| MOD17.1 | 00 | 01/12/16 | 2/4 |

PAGINA RISERVATA ALLE ISCRIZIONI MULTIPLE

NB. La tariffa scontata per le iscrizioni multiple è riservata ad un minimo di n. 3 partecipanti (appartenenti alla stessa azienda) iscritti al corso

Parte da compilare a cura dei PARTECIPANTI

2° Partecipante:

| | | | |
|---------------------------------|----------------------|------------------------|------------------|
| Cognome e nome | Professione 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 _____

3° Partecipante:

| | | | |
|---------------------------------|----------------------|------------------------|------------------|
| Cognome e nome | Professione 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

ConsulGroup Srl
Via C. F. Ghidini, 100 - 25030 Torbole Casaglia (BS)
Telefono: +39 030 2151320 | Fax: + 39 030 2158246
Email: info@consul-group.it | Web Site: www.consul-group.it

C. Fiscale e
P.IVA:02371010980



| CODICE | REVISIONE | DATA | PAGINA |
|---------|-----------|----------|--------|
| MOD17.1 | 00 | 01/12/16 | 3/4 |

SCHEDA D'ISCRIZIONE
MODULO C
CORSO DI SPECIALIZZAZIONE
Responsabile del Servizio di
Prevenzione e Protezione

Torbole Casaglia (Bs), data Dicembre 2017

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 _____



| CODICE | REVISIONE | DATA | PAGINA |
|---------|-----------|----------|--------|
| MOD17.1 | 00 | 01/12/16 | 4/4 |