

Compilare TUTTI i campi del modulo in STAMPATELLO e inviare via e-mail a [formazione@salusfvg.it](mailto:formazione@salusfvg.it) o al fax 0481.33121

**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**

Autorizziamo AiFOS ed il CFA 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), 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 (vedi pagina seguente)
<input type="checkbox"/> <b>Quota intera a corpo</b>	<input type="checkbox"/> € 550,00+IVA 22%	

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

Contante (direttamente presso la sede Salus S.r.l. via Roma 20, Gorizia)

Assegno circolare intestato a Salus S.r.l.

Bonifico bancario sul C/C di Salus S.r.l. presso Cassa di Risparmio Friuli Venezia Giulia IBAN: IT40D063401241010000003641 Causale iscrizione

**"Formazione specifica aggiuntiva dei lavoratori sull'installazione di un nuovo impianto refrigerante ad ammoniac - "cognome e nome" del**

**partecipante**

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.** Salus s.r.l. 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.

Luogo e data, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**PAGINA RISERVATA ALLE ISCRIZIONI MULTIPLE**

Parte da compilare a cura dei PARTECIPANTI

**2° 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**

Autorizziamo AiFOS e Salus S.r.l. 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), per favorire tempestive segnalazioni inerenti ai servizi e alle iniziative di formazione.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**3° 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**

Autorizziamo AiFOS e Salus S.r.l. 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), per favorire tempestive segnalazioni inerenti ai servizi e alle iniziative di formazione.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_