

Compilare TUTTI i campi del modulo in STAMPATELLO e inviare via e-mail a formazione@safetygroupitalia.com o al fax 0331782524 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 SAFETY CONTACT SRL 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
<input type="checkbox"/> Quota intera	€ 500,00 + IVA
<input type="checkbox"/> Quota scontata aziende in assistenza / soci AIFOS n.	€ 450,00 + IVA (sconto 10%)

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

con Accredito bancario a favore di SAFETY CONTACT SRL

IBAN: IT520060902280000010000001 (**NUOVO**) - causale iscrizione corso.RLS 32 ore 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 con materiale didattico, esecuzione prova pratica, 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. SAFETY CONTACT SRL 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. In caso di mancata partecipazione, la disdetta dovrà essere comunicata via fax o mail almeno 5 gg lavorativi prima dell'inizio del corso: in caso di rinuncia oltre il termine indicato verrà fatturerà il 70% della quota versata. Diversamente, in caso di mancata partecipazione al corso senza il preavviso si tratterà e fatturerà l'intera quota di iscrizione versata. Le iscrizioni vengono raccolte in ordine cronologico. Il corso è a numero chiuso. Massimo 25 partecipanti.

Luogo e data _____ Firma _____

CFA: Safety Contact srl

Via A. Gramsci 72 – 21013 Gallarate (VA)

Tel. 0331.782524 | Fax 0331.213524 | info@safetygroupitalia.com

P.I./CF del CFA

IT 02615140122

CODICE	REVISIONE	DATA	PAGINA
MOD17	00	14/01/16	1/1