

Compilare TUTTI i campi del modulo in STAMPATELLO e inviare via e-mail a studioingiacurto@gmail.com o al fax 0761/569528

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

Autorizziamo AiFOS e la Safety Italia 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	Iscrizioni multiple (minimo 3 partecipanti, vedi pag. seguente)
<input type="checkbox"/> Quota intera	<input type="checkbox"/> € + IVA	<input type="checkbox"/> € + IVA
<input type="checkbox"/> Quota scontata	<input type="checkbox"/> € + IVA	<input type="checkbox"/> € + IVA

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

Indicare la modalità di pagamento

Causale iscrizione corso RLS - 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.** La Safety Italia 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. Le iscrizioni vengono raccolte in ordine cronologico. Il corso è a numero

Safety Italia s.r.l.
Via Friuli, 11 – 01100 Viterbo
Sede operativa: Via Sotto le Forme, 38
01034 Fabrica di Roma (VT)

P.I.02273120564

CODICE	REVISIONE	DATA	PAGINA
MOD17	00	14/01/16	1/4

chiuso. In caso di mancata partecipazione al corso, con preavviso superiore ai 5 giorni lavorativi, la Safety Italia Srl tratterrà 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 AiFOS tratterrà e fatturerà l'intera quota di iscrizione versata.

Luogo e data _____ Firma _____

CODICE	REVISIONE	DATA	PAGINA
MOD17	00	14/01/16	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

Autorizziamo AiFOS ed la Safety Italia 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 _____

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

Autorizziamo AiFOS e la Safety Italia 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.

Safety Italia s.r.l
Via Friuli, 11 – 01100 Viterbo
Sede operativa: Via Sotto le Forme, 38
01034 Fabbrica di Roma (VT)

P.I.02273120564

CODICE	REVISIONE	DATA	PAGINA
MOD17	00	14/01/16	3/4

Luogo e data _____ Firma _____

CODICE	REVISIONE	DATA	PAGINA
MOD17	00	14/01/16	4/4