


	COGNOME*	NOME*	LUOGO DI NASCITA*	DATA DI NASCITA*	CODICE FISCALE*	MANSIONE	SETTORE DI RIFERIMENTO
1							
2							
3							

<p>In caso Corsi RPF</p> 	<p>INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG.EU 679/2016 - ESTRATTO Prendo atto che AiFOS tramite il Responsabile del Progetto Formativo (RPF) e la sede amministrativa specificata a piè di pagina acquisisce i dati personali (qui inseriti) nella propria banca dati per le finalità citate nell'informativa estesa (disponibile sul sito di AIFOS) di cui ho preso visione. In particolare: AiFOS, quale garante del processo formativo, è responsabile dell'archiviazione e della conservazione per almeno 30 anni, dei documenti (trascrizione formazione, rilascio attestato e libretto curriculare tutti previsti dal D.Lgs 81/08) attestanti la corretta esecuzione del progetto formativo. Prendo atto delle finalità in capo alla sede amministrativa e all'RPF che disciplinano il regolare svolgimento del rapporto contrattuale, per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale e all'effettuazione delle operazioni connesse alla formazione e all'organizzazione interna (registrazione partecipanti, accoglienza e assistenza, scadenze dei titoli formativi). Ulteriori finalità della sede amministrativa e dell'RPF saranno specificate in altra informativa. In qualità di Datore di Lavoro, titolare del trattamento dei dati personali dei propri dipendenti e collaboratori, anche nel caso in cui, con atto a parte, ho nominato la sede amministrativa o il RPF Responsabile del trattamento ai sensi dell'art. 28 Reg. 679/2016, autorizzo il trasferimento dei dati ad AiFOS quale titolare autonomo per finalità di garanzia del processo formativo, archiviazione e conservazione come sopra riportato.</p>
--	---

Io sottoscritto _____ (cognome e nome) in qualità di Datore di Lavoro dichiaro ai sensi dell'art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 che:

- Gli iscritti sono in possesso dei requisiti specificati nel programma del corso **Luogo e data** _____ **Firma** _____
- Anche gli iscritti hanno preso visione delle informative ai sensi del Reg. UE 679/2016 **Luogo e data** _____ **Firma** _____

DIRITTO DI RECESSO

Il diritto di recesso si applica **esclusivamente al privato che effettua l'acquisto in qualità di consumatore** ex D.lgs 206/2005 e non a liberi professionisti con P.IVA, ad aziende e a singoli privati che si procurino beni o servizi utili a perfezionare competenze professionali già esistenti o ad acquisirne nuove.
 Ai sensi dell'art. 59 c. 1, lettera a) del Codice del Consumo (Decreto Legislativo 6 settembre 2005 n.206) così come modificato dal D.Lgs. 21/02/2014, il diritto di recesso non può essere esercitato dopo la completa prestazione del servizio stesso. In questo caso, il consumatore, con la sottoscrizione del presente documento, accetta espressamente di perdere ogni diritto di recesso. Il diritto di recesso sarà quindi esercitabile dal consumatore solo ed esclusivamente nei 14 giorni successivi dall'acquisto del corso in aula, anteriormente all'inizio del corso, tramite apposito modulo (da richiedere alla mail).
 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 100% 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** _____

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 / C.F. _____ Referente per la fatturazione (nome e cognome)

<p>Amministrazione Safety Contact srl Via A. Gramsci 72 – 21013 Gallarate (VA) Tel. 0331.782524 Fax 0331.213524 info@safetygroupitalia.com</p>	<p>P.I./CF del RPF IT 02615140122</p>
---	--

CODICE	REVISIONE	DATA	PAGINA
MOD41	00	04/10/2018	1/2

QUOTE D'ISCRIZIONE (barrare con una X)

Il partecipante è:	Quota di iscrizione	Iscrizioni multiple (minimo 3 partecipanti)
<input type="checkbox"/> Quota intera	<input type="checkbox"/> € 500,00 + IVA	<input type="checkbox"/> € 400,00+ IVA
<input type="checkbox"/> Quota scontata (socio AIFOS n. _____)	€ 400,00 + IVA	//
<input type="checkbox"/> Quota scontata pacchetto completo RSPP A+B+C	€ 350,00 + IVA	

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

con Accredito bancario a favore di SAFETY CONTACT SRL

IBAN: IT5200609022800000010000001 (NUOVO) - causale iscrizione corso RSPP MOD. C – 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 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 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

Luogo e data _____ Firma _____

Compila tutti i campi in STAMPATELLO e invia i moduli a formazione@safetygroupitalia.com o al fax 0331.213524

Amministrazione Safety Contact srl Via A. Gramsci 72 – 21013 Gallarate (VA) Tel. 0331.782524 Fax 0331.213524 info@safetygroupitalia.com	P.I./CF del RPF IT 02615140122
--	-----------------------------------

CODICE	REVISIONE	DATA	PAGINA
MOD41	00	04/10/2018	2/2