

SEDE CORSO: I.S.Fo.S. Srl - Via Mario Betti, 32 – Z.I. Est- 09030 Elmas (CA)

Compilare TUTTI i campi del modulo in STAMPATELLO e inviare via e-mail a info@isfos-srl.com o al fax 070 8806652
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

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 type="checkbox"/> Non Socio AiFOS | <input type="checkbox"/> € 600,00 + IVA | <input type="checkbox"/> € 540,00 + IVA |
| <input type="checkbox"/> Socio o azienda associata AiFOS | <input type="checkbox"/> € 480,00 + IVA n. tessera _____ | <input type="checkbox"/> € 432,00 + IVA n. tessere _____ / _____ / _____ |
| <input type="checkbox"/> Iscritto registri professionali Aifos | <input type="checkbox"/> € 420,00 + IVA n. iscrizione _____ | |

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

con bonifico bancario a favore di I.S.Fo.S. S.r.l. c/o Banca di Cagliari - Codice IBAN IT 03 M 07096 04800 000000002003

Causale iscrizione "**titolo del corso, data del corso 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. Il CFA 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, CFA 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 _____

ISFoS s.r.l.
Via Mario Betti, 32 – Z.I. Est- 09030 Elmas (CA)
Tel.070 8801031 Fax 070 8806652
e-mail info@isfos-srl.com
e-mail pec isfos@pecaziende.com
www.isfos-srl.com
P.I./CF del CFA 03047100924



| | | | |
|--------|-----------|----------|--------|
| CODICE | REVISIONE | DATA | PAGINA |
| MOD18 | 00 | 01/12/16 | 1/2 |

Centro di Formazione di
imento AiFOS per la Regione Sardegna
Ente di Formazione accreditato
dalla Regione Sardegna
Ente di Formazione accreditato
da Fondimpresa

SEDE CORSO: I.S.Fo.S. Srl - Via Mario Betti, 32 – Z.I. Est- 09030 Elmas (CA)

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 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 |
| MOD18 | 00 | 01/12/16 | 2/2 |