

Compilare **TUTTI** i campi del modulo in STAMPATELLO e inviare via e-mail a formazione@italiaconsulenze.it o al fax 0247951192

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"/> € 240,00 + IVA | <input type="checkbox"/> € 216,00 + IVA |
| <input type="checkbox"/> Socio AiFOS o azienda associata AiFOS | <input type="checkbox"/> € 192,00 + IVA n. tessera _____ | <input type="checkbox"/> € 172,80 + IVA n. tessere ____ / ____ / ____ |
| <input type="checkbox"/> Iscritto registri professionali Aifos | <input type="checkbox"/> € 168,00 + IVA n. iscrizione _____ | |

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

☐ con Accredito bancario a favore **Italia Consulenze & Formazione s.r.l. – IT27R0558401644000000003981**

Causale iscrizione **"ISO 45001 – NOME PARTECIPANTE"** [È obbligatorio allegare la ricevuta di avvenuto pagamento]

☐ 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 R.P.F. 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, la sede amministrativa in calce 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 tratterrà e fatturerà l'intera quota di iscrizione versata.

Luogo e data _____ Firma _____

Italia Consulenze & Formazione s.r.l.

Tel. 0242290532

MAIL formazione@italiaconsulenze.it

R.P.F.: Diego Carlo Griffon

P.I./CF 08052680967



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

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 _____

