

PER LE PERSONE FISICHE

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

INFORMATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG. 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 per l'adempimento degli obblighi di legge e per il processo formativo di cui AiFOS è garante - trascrizione formazione, rilascio attestato e libretto formativo).

Luogo e data _____ Firma partecipante _____

Prendo atto delle finalità in capo alla sede amministrativa ed all'RPF che disciplinano il regolare svolgimento del rapporto contrattuale, per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale e l'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.

Luogo e data _____ Firma partecipante _____

PER LE AZIENDE

	COGNOME*	NOME*	LUOGO DI NASCITA*	DATA DI NASCITA*	CODICE FISCALE*	E-MAIL
1						
2						
3						
4						
5						

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.

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 _____



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) _____

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"/> € 480,00 + IVA	<input type="checkbox"/> € 432,00 + IVA
<input type="checkbox"/> Socio AiFOS o azienda associata AiFOS	<input type="checkbox"/> € 384,00 + IVA n. tessera _____	<input type="checkbox"/> € 345,60 + IVA n. tessere _____ / _____ / _____
<input type="checkbox"/> Iscritto registri professionali Aifos	<input type="checkbox"/> € 336,00 + IVA n. iscrizione _____	

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

Il pagamento della quota, maggiorata di IVA vigente a norma di legge, dovrà avvenire contestualmente all'iscrizione al corso a mezzo assegno bancario oppure bonifico bancario intestato a Italia Consulenze & Formazione s.r.l. **IBAN: IT27R055840164400000003981**
Causale iscrizione "TITOLO CORSO – NOME 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 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. La sede amministrativa 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. Firmando la presente si dichiara di aver preso visione e di accettare le Condizioni Generali di Vendita della sede amministrativa specificata in calce, disponibili sul sito www.italiaconsulenzeeformazione.it, in particolare i punti: (2) Iscrizione ai corsi, (4) Disdetta, (5) Rinvio o cancellazione dei corsi, (6) Diritto d'Autore, (12) Corrispettivi, (13) Fatturazione e Pagamenti, (15) Foro Competente. Si dichiara inoltre di aver preso visione delle informazioni generali, del programma e delle modalità organizzative del corso in oggetto. Le iscrizioni vengono raccolte in ordine cronologico. Il corso è a numero chiuso.

Luogo e data _____ Firma _____

Compila tutti i campi in STAMPATELLO e invia i moduli formazione@italiaconsulenze.it o al fax 02.47951192

