

Compilare TUTTI i campi del modulo in STAMPATELLO e inviare via e-mail a info@aifoservice.it o al fax 030.6595040

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:	<input type="checkbox"/> Non Socio AiFOS	<input type="checkbox"/> Socio AiFOS o azienda associata AiFOS n. tessera _____	<input type="checkbox"/> Iscritto registri professionali Aifos n. iscrizione _____
<input type="checkbox"/> DPO – 80 ore	<input type="checkbox"/> € 2.500,00 + IVA	<input type="checkbox"/> € 2.000,00 + IVA	<input type="checkbox"/> € 1.750,00 + IVA
<input type="checkbox"/> Manager Privacy – 60 ore	<input type="checkbox"/> € 1.875,00 + IVA	<input type="checkbox"/> € 1.500,00 + IVA	<input type="checkbox"/> € 1.312,50 + IVA
<input type="checkbox"/> Valutatore Privacy – 40 ore	<input type="checkbox"/> € 1.250,00 + IVA	<input type="checkbox"/> € 1.000,00 + IVA	<input type="checkbox"/> € 875,00 + IVA
<input type="checkbox"/> Specialista Privacy – 24 ore	<input type="checkbox"/> € 750,00 + IVA	<input type="checkbox"/> € 600,00 + IVA	<input type="checkbox"/> € 525,00 + IVA

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

con Accredito bancario a favore **Aifos Service – BANCO di CREDITO COOPERATIVO BCC di Brescia IT 37 T 08692 11210 039000397167**

Causale iscrizione **"PROFESSIONISTI DELLA PRIVACY – 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 _____

Aifos Service, Via Branze n. 45 Brescia

030.6595232 info@aifoservice.it

R.P.F.: Dott.ssa Chiara Ballarini

P.I./CF 03129720987



CODICE	REVISIONE	DATA	PAGINA
MOD18	00	01/12/16	1/1