

Compilare TUTTI i campi del modulo in STAMPATELLO e inviare via e-mail a pensaresicuro29@gmail.com
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"/> € 690,00 + IVA	<input type="checkbox"/> € 621,00 + IVA
<input type="checkbox"/> Socio o azienda associata AiFOS	<input type="checkbox"/> € 552,00 + IVA n. tessera _____	<input type="checkbox"/> € 496,80 + IVA n. tessera ____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Iscritto registri professionali Aifos n. _____	<input type="checkbox"/> € 483,00 + IVA n. iscrizione _____	/

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

ASSEGNO CONTANTI, OPPURE:

con Accredito Bancario a favore di BANCO POSTA VIALE EUROPA 175 00144 ROMA

IBAN: IT15 5076 0112 2000 0007 8909 462 INTESTATARIO CONTO: BETTARELLO MICHELE

CASUALE: ISCRIZIONE: CORSO FORMAZIONE FORMATORI (24 ORE)

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.** 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 _____



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 _____



CODICE	REVISIONE	DATA	PAGINA
MOD18	00	01/12/16	2/2