#### **SCHEDA ISCRIZIONE**



# QUALIFICAZIONE DEL FORMATORE: I FONDAMENTI DELLA DIDATTICA

LUOGO: c/o I.S.Fo.S. Srl – Via Mario Betti, 32 – Z.I. Est – 09030 Elmas (CA)

**DATE:** 05, 12 e 19 ottobre 2017 **ORARIO:** 9.00-13.00 e 14.00-18.00 **Esame:** 21 novembre 2017



Compilare TUTTI i campi del modulo in STAMPATELLO e inviare via e-mail a info@isfos-srl.com o al fax 070806652 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 pos	sesso dei requisiti specificati nel pro	gramma del corso
CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONAL Autorizzo il Responsabile del Progetto Formativo (R propria banca dati onde consentire il regolare svolg operazioni connesse alla formazione e all'organizza libretto curriculum) e per favorire tempestive segna Luogo e data	I AI SENSI DEL D.LGS N. 196 DEL 30/06/03. P.F.), la sede amministrativa specificata imento del rapporto contrattuale, per assazione interna (registrazione partecipant lazioni inerenti ai servizi e alle iniziative di Firma	B n calce alla presente ed AiFOS ad inserire i prolyere ad obblighi di natura contabile, civilisti i, accoglienza e assistenza, orientamento did formazione.	
		MISSIONE di RICEVUTA O FATTURA:	
Ragione sociale azienda / ditta / ente			
Con sede a (città e provincia)	via	n. civico	сар
Tel. Fisso	mail @ (del referente pe	· la fatturazione)	
	- ,	,	
Partita iva  QUOTE D'ISCRIZIONE (barrare con un	a X)	Referente per la fatturazione (nome	e cognome)
Il partecipante è:	Quota di iscrizione	Iscrizioni multip (minimo 3 partecipanti, vedi	
□ Non Socio AiFOS	□ € 690,00 + IVA	□ € 621,00 + IVA	
☐ Socio o azienda associata AiFOS	□ € 552,00 + IVA	□ € 496,80 + IVA	
- Insuitte and richai and foreign all Aife a	n. tessera	n. tessera / /	
☐ Iscritto registri professionali Aifos n.	□ € 483,00 + IVA n. iscrizione		
Modalità di pagamento: indicare con una X	la forma di pagamento scelta		
☐ Con Accredito bancario a favore di I.S.Fo.S.		· IT 03 M 07096 04800 000000000200	3
Causale iscrizione: "Qualificazione del Formato	_		•
☐ Ente Pubblico (esente iva) con pagamento	-		ite):
La quota di iscrizione comprende: partecipazione al cor aver preso visione e di accettare le informazioni gene pagamento della quota di iscrizione del corso. CFA ISF dandone tempestiva comunicazione. Nel caso di annul chiuso. In caso di mancata partecipazione al corso, con in caso di mancata partecipazione al corso senza il prea	rso, materiale del corso, attestato e servizi va erali, il programma, le modalità organizzatio OS SRL si riserva la facoltà, per cause non d lamento verrà restituita l'intera quota versa preavviso superiore ai 5 giorni lavorativi, CF	uri come previsti dal programma del corso. Firman ve del corso in oggetto. L'iscrizione è effettiva e dipendenti dalla propria volontà, di annullare o r uta. Le iscrizioni vengono raccolte in ordine crono A tratterrà e fatturerà il 50 % della quota di iscriz	ndo la presente si dichiara d isclusivamente ad avvenuto nodificare le date del corso ologico. Il corso è a numero ione versata. Diversamente
Luogo e data	Firma		
ISFoS s.r.l. Via Mario Betti, 32 – Z.l. Est- 09030 Elmas (CA)			Formazione di per la Regione Sardegna

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

Ente di Formazione accreditato dalla Regione Sardegna

Ente di Formazione accreditato da Fondimpresa

#### **SCHEDA ISCRIZIONE**



### QUALIFICAZIONE DEL FORMATORE: I FONDAMENTI DELLA DIDATTICA

LUOGO: c/o I.S.Fo.S. Srl – Via Mario Betti, 32 – Z.I. Est – 09030 Elmas (CA)

**DATE:** 05, 12 e 19 ottobre 2017 **ORARIO:** 9.00-13.00 e 14.00-18.00 **Esame:** 21 novembre 2017



## 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 compilar	e a cura dei PARTE	CIPANTI		
2° Partecipante:				
Cognome e nome		Professione Mansione	Settore di riferimento	titolo di studio
	(	)		
Nato a	provincia	in data	codice fiscale	
Residente a (città e pro	ovincia)	via	n. civico	сар
Cellulare		mail @		
Dichiaro ai sensi del	ll'art. 47 D.P.R. n.	145 del 28/12/2000 di essere in po	ossesso dei requisiti specificati	nel programma del corso
CONSENSO AL TRATTAM Autorizzo il Responsabile propria banca dati onde o operazioni connesse alla libretto curriculum) e per	eENTO DEI DATI PERSO del Progetto Formativ consentire il regolare s formazione e all'orga favorire tempestive se	NALI AI SENSI DEL D.LGS N. 196 DEL 30/06, o (R.P.F.), la sede amministrativa specificat volgimento del rapporto contrattuale, per a nizzazione interna (registrazione partecipa gnalazioni inerenti ai servizi e alle iniziative	/03 ta in calce alla presente ed AiFOS ad in: assolvere ad obblighi di natura contabil inti, accoglienza e assistenza, orientam di formazione.	serire i presenti dati personali nella e, civilistica e fiscale, per effettuare ento didattico, rilascio attestato e
Luogo e data		Firma		
3° Partecipante:		Professione Mansione	Settore di riferimento	titolo di studio
Cognome e nome	1	)	Settore di merimento	titolo di stadio
Nato a	provincia	in data	codice fiscale	
Residente a (città e pro	ovincia)	via	n. civico	сар
Cellulare		mail @		
Dichiaro ai sensi del	ll'art. 47 D.P.R. n.	145 del 28/12/2000 di essere in po	ossesso dei requisiti specificati i	nel programma del corso
CONSENSO AL TRATTAM Autorizzo il Responsabile propria banca dati onde o operazioni connesse alla libretto curriculum) e per	ENTO DEI DATI PERSO del Progetto Formativ consentire il regolare s formazione e all'orga favorire tempestive se	NALI AI SENSI DEL D.LGS N. 196 DEL 30/06, o (R.P.F.), la sede amministrativa specificat volgimento del rapporto contrattuale, per inizzazione interna (registrazione partecipa gnalazioni inerenti ai servizi e alle iniziative	/03 ta in calce alla presente ed AiFOS ad incassolvere ad obblighi di natura contabilinti, accoglienza e assistenza, orientam di formazione.	serire i presenti dati personali nella e, civilistica e fiscale, per effettuare ento didattico, rilascio attestato e
Luogo e data		Firma		
ISF	oS s.r.l.		,	Centro di Formazione di

Via Mario Betti, 32 – Z.I. Est- 09030 Elmas (CA)
Tel.070 8801031 Fax 070 8806652
e-mail info@isfos-srl.com
e-mail nec isfos@necaziende.com

e-mail pec <u>isfos@pecaziende.com</u>
<u>www.isfos-srl.com</u>
P.I./CF del CFA 03047100924



 CODICE
 REVISIONE
 DATA
 PAGINA

 MOD18
 00
 01/12/16
 2/2

Centro di Formazione di imento AiFOS per la Regione Sardegna

Ente di Formazione accreditato dalla Regione Sardegna

Ente di Formazione accreditato da Fondimpresa