

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)

Moduli:	Quota non Socio AiFOS:	Quota Socio AiFOS:	Quota iscritto RPA:
<input type="checkbox"/> Modulo 3 "QUALITA' DEGLI AMBIENTI DI LAVORO" del 12/12/2017	<input type="checkbox"/> € 270,00 + IVA	<input type="checkbox"/> € 216,00 + IVA n. tessera _____	<input type="checkbox"/> € 189,00 + IVA n. RPA _____

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 "**OFFICINA DELLE ESPERIENZE – 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 tratterà 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 tratterà e fatturerà l'intera quota di iscrizione versata.

Luogo e data _____ Firma _____



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

Moduli:	Quota non Soci AiFOS:	Quota Soci AiFOS:
<input type="checkbox"/> Modulo 3 "QUALITA' DEGLI AMBIENTI DI LAVORO" del 12/12/2017	<input type="checkbox"/> € 243,00 + IVA	<input type="checkbox"/> € 194,40 + IVA n. tessere ____ / ____ / ____

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 _____

