

Compilare i campi del modulo in STAMPATELLO e inviare via e-mail a [attrezzature@aifos.it](mailto:attrezzature@aifos.it)

**Responsabile Progetto Formativo**

_____	_____	_____	
Cognome e nome	professione	titolo di studio	
_____ (____) _____	_____	_____	
Nato a	provincia	in data	codice fiscale
_____	_____	_____	_____
Cellulare	mail @	_____	_____
CFA di riferimento	_____	_____	_____

**Collaboratore del Responsabile**

_____	_____	_____	
Cognome e nome	professione	titolo di studio	
_____ (____) _____	_____	_____	
Nato a	provincia	in data	codice fiscale
_____	_____	_____	_____
Cellulare	mail @	_____	_____

Firmando la presente si dichiara di aver preso visione e di accettare le informazioni generali, il programma, le modalità organizzative del corso in oggetto ed il regolamento associativo n. 12 "Erogazione dei corsi "attrezzature di lavoro". Responsabile del progetto formativo"

.....  
luogo e data

.....  
firma del Responsabile richiedente

.....  
luogo e data

.....  
firma del collaboratore richiedente

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL D.LGS N. 196 DEL 30/06/03**

Autorizziamo AiFOS Service 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), per favorire tempestive segnalazioni inerenti ai servizi e alle iniziative di formazione.

.....  
luogo e data

.....  
firma del Responsabile richiedente

.....  
luogo e data

.....  
firma del collaboratore richiedente