

PER LE AZIENDE

Compilare tutti i campi in STAMPATELLO ed inviare i moduli a formazione@docservizi.it

	COGNOME	NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	MANSIONE	SETTORE DI RIFERIMENTO	E-MAIL
1								
2								
3								
4								
5								

Io sottoscritto _____ (cognome e nome) in qualità di Datore di Lavoro dichiaro ai sensi dell'art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 che:

- gli iscritti sono in possesso dei requisiti specificati nel programma del corso
- anche gli iscritti hanno preso visione dell'informativa che segue

INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG. 679/2016 - ESTRATTO

Prendo atto che il Centro di Formazione AiFOS (Doc Servizi Soc. Coop., Titolare o Responsabile del Trattamento secondo le direttive del Datore di Lavoro) acquisisce i dati personali per le finalità di erogazione della formazione, trasferisce i dati personali nella banca dati di AiFOS - Titolare Autonomo del trattamento per le finalità istituzionali citate nella informativa estesa di cui ho preso visione. In particolare: AiFOS, quale garante del processo formativo, è responsabile dell'archiviazione e della conservazione per almeno 30 anni, dei documenti (trascrizione formazione, rilascio attestato e libretto curriculare tutti previsti dal D.Lgs 81/08) attestanti la corretta esecuzione del progetto formativo. Prendo atto delle finalità del Centro di Formazione che disciplinano il regolare svolgimento del rapporto contrattuale per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale e all'effettuazione delle operazioni connesse alla formazione e all'organizzazione interna (registrazione partecipanti, accoglienza e assistenza, scadenze dei titoli formativi). In qualità di Datore di Lavoro, titolare del trattamento dei dati personali dei propri dipendenti e collaboratori, anche nel caso in cui, con atto a parte, ho nominato il CFA Responsabile del trattamento ai sensi dell'art. 28 Reg. 679/2016, autorizzo il trasferimento dei dati ad AiFOS quale titolare autonomo per finalità di garanzia del processo formativo, archiviazione e conservazione come sopra riportato.

Luogo e data _____

Firma datore di lavoro _____

QUOTE D'ISCRIZIONE (barrare con una X)

Quota d'iscrizione a partecipante	Quota riservata per le iscrizioni multiple (minimo 3 partecipanti)
<input type="checkbox"/> Euro 90,00 + IVA	<input type="checkbox"/> Euro 90,00 + IVA

La quota di iscrizione comprende: partecipazione al corso, materiale del corso, attestato e servizi previsti dal programma del corso. **Per i corsi attrezzature, in aggiunta, la quota comprende: l'attestato di abilitazione, il libretto formativo, il patentino con foto identificativa.** 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 Centro di Formazione Aifos 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

Modalità di pagamento (NB: Il pagamento è richiesto prima dell'inizio del corso, salvo se concordato diversamente):

Bonifico bancario a favore di **Doc Servizi Soc. Coop.** - MONTE DEI PASCHI DI SIENA SPA FIL. 11707

IBAN IT16 H0103011707000010546964 - CODICE BIC/SWIFT: PASCITM1C63

Causale iscrizione "**CORSO - NOME AZIENDA**"

Ente Pubblico (esente iva) con pagamento a 30 gg dal ricevimento fattura. Codice Univoco _____ CIG (se presente): _____

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 _____ indirizzo e-mail (del referente per la fatturazione) _____

Partita Iva e C.F. _____ Codice SDI e/o PEC mail _____

Luogo e data _____

Firma datore di lavoro _____

PER LE PERSONE FISICHE

Dati iscrizione ed emissione ricevuta/fattura

Compilare tutti i campi in STAMPATELLO ed inviare i moduli a formazione@docservizi.it

Cognome e nome		Mansione	Settore di riferimento	
Nato a	() provincia	in data	codice fiscale	
Residente a (città e provincia)		via	n. civico	cap
Cellulare		E-mail		
Partita IVA e Codice destinatario SDI (eventuali)				

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

INFORMATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG. 679/2016 - ESTRATTO

Prendo atto che il Centro di Formazione AiFOS (Doc Servizi Soc. Coop., Titolare del Trattamento) acquisisce i dati personali per le finalità di vendita e erogazione della formazione, trasferisce i dati personali nella propria banca dati ad AiFOS - Titolare del trattamento per le finalità istituzionali citate nella informativa estesa di cui ho preso visione (in particolare per l'adempimento degli obblighi di conservazione a termini di legge di copia dei documenti - trascrizione formazione, rilascio attestato e libretto curriculare- attestanti l'esecuzione del progetto formativo). Prendo atto delle finalità del Centro di Formazione che disciplinano il regolare svolgimento del rapporto contrattuale per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale e all'effettuazione delle operazioni connesse alla formazione e all'organizzazione interna (registrazione partecipanti, accoglienza e assistenza, scadenze dei titoli formativi).

Luogo e data _____ Firma partecipante _____

Il CFA ti informa che, per finalità di marketing, sulla base di un tuo esplicito consenso (ai sensi dell'art. 6.1.a del Reg.679/2016), ti potrà inserire in una lista per informarti, su futuri servizi e iniziative di formazione. Devi sempre essere a conoscenza, quale interessato, che potrai invocare i tuoi diritti e revocare il consenso in qualsiasi momento senza indicare motivazione, comunicando la revoca a dpo@docservizi.it

Acconsento <input type="checkbox"/>	Non Acconsento <input type="checkbox"/>	a ricevere, per e-mail e sms, dal CFA tempestive segnalazioni inerenti in merito ai servizi e alle iniziative di formazione che saranno programmate nel futuro
Acconsento <input type="checkbox"/>	Non Acconsento <input type="checkbox"/>	a partecipare a ricerche di mercato attraverso il trasferimento dei miei dati a società esterne dedicate a queste attività

Luogo e data _____ Firma partecipante _____

Quota d'iscrizione a partecipante:

Quota d'iscrizione

Euro 90,00 + IVA

La quota di iscrizione comprende: partecipazione al corso, materiale del corso, attestato e servizi previsti dal programma del corso. **Per i corsi attrezzature, in aggiunta, la quota comprende: l'attestato di abilitazione, il libretto formativo, il patentino con foto identificativa.** 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 Centro di Formazione Aifos 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.

Modalità di pagamento (NB: Il pagamento è richiesto prima dell'inizio del corso, salvo se concordato diversamente):

Bonifico bancario a favore di **Doc Servizi Soc. Coop.** - MONTE DEI PASCHI DI SIENA SPA FIL. 11707

IBAN IT16 H0103011707000010546964 - CODICE BIC/SWIFT: PASCITM1C63

Causale iscrizione "**CORSO - NOME PARTECIPANTE**"

DIRITTO DI RECESSO

Il diritto di recesso si applica **esclusivamente al privato che effettua l'acquisto in qualità di consumatore** ex D.lgs 206/2005 e non a liberi professionisti con P.IVA, ad aziende e a singoli privati che si procurino beni o servizi utili a perfezionare competenze professionali già esistenti o ad acquisirne nuove.

Ai sensi dell'art. 59 c. 1, lettera a) del Codice del Consumo (Decreto Legislativo 6 settembre 2005 n.206) così come modificato dal D.Lgs. 21/02/2014, il diritto di recesso non può essere esercitato dopo la completa prestazione del servizio stesso.

Il diritto di recesso sarà esercitabile dal consumatore, tramite apposito modulo (da richiedere alla mail formazione@docservizi.it), alle seguenti condizioni:

- è previsto il rimborso totale pari al 100% della quota versata in caso di esercizio del diritto di recesso con un preavviso di 15 giorni rispetto alla data di inizio corso;
- è previsto il rimborso parziale pari al 50% della quota versata in caso di esercizio del diritto di recesso nel periodo intercorrente tra il 14° ed il 6° giorno antecedente al corso;
- non è previsto alcun rimborso, e pertanto sarà trattenuta l'intera quota, nel caso in cui il recesso sia comunicato senza rispetto dei termini di preavviso di cui sopra.

Luogo e data _____ Firma partecipante _____