

Compilare **TUTTI** i campi del modulo in **STAMPATELLO** e inviare via e-mail a info@sitimp.it

PER LE PERSONE FISICHE

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

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

Prendo atto che AiFOS tramite il Responsabile del Progetto Formativo (RPF) e la sede amministrativa specificata a piè di pagina, acquisisce i dati personali (qui inseriti) nella propria banca dati per le finalità citate nell'informativa estesa (disponibile sul sito di AiFOS) di cui ho preso visione (in particolare per l'adempimento degli obblighi di legge e per il processo formativo di cui AiFOS è garante - trascrizione formazione, rilascio attestato e libretto formativo).

Luogo e data _____ Firma partecipante _____

Prendo atto delle finalità in capo alla sede amministrativa ed all'RPF che disciplinano il regolare svolgimento del rapporto contrattuale, per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale e l'effettuazione delle operazioni connesse alla formazione e all'organizzazione interna (registrazione partecipanti, accoglienza e assistenza, scadenze dei titoli formativi). Ulteriori finalità della sede amministrativa e dell'RPF saranno specificate in altra informativa.

Luogo e data _____ Firma partecipante _____

PER LE AZIENDE

Elenco Partecipanti / Iscritti

COGNOME*	NOME*	LUOGO DI NASCITA*	DATA DI NASCITA*	CODICE FISCALE*	E-MAIL

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

Prendo atto che AiFOS tramite il Responsabile del Progetto Formativo (RPF) e la sede amministrativa specificata a piè di pagina acquisisce i dati personali (qui inseriti) nella propria banca dati per le finalità citate nell'informativa estesa (disponibile sul sito di AiFOS) 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 in capo alla sede amministrativa e all'RPF 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). Ulteriori finalità della sede amministrativa e dell'RPF saranno specificate in altra informativa. 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 la sede amministrativa o il RPF 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.

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 **Luogo e data** _____ **Firma** _____
- Anche gli iscritti hanno preso visione delle informative ai sensi del Reg. UE 679/2016 **Luogo e data** _____ **Firma** _____



CODICE	REVISIONE	DATA	PAGINA
MOD17.1X	02	29/06/2018	1/2

Compilare **TUTTI** i campi del modulo in STAMPATELLO e inviare via e-mail a info@sitimp.it

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 _____

C.F. _____

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)
<input type="checkbox"/> Non Socio AiFOS	<input type="checkbox"/> € 240,00 + IVA / cad.	<input type="checkbox"/> € 216,00 + IVA / cad.
<input type="checkbox"/> Socio AiFOS o azienda associata AiFOS	<input type="checkbox"/> € 192,00 + IVA / cad. n. tessera _____	<input type="checkbox"/> € 172,80 + IVA / cad. n. tessere _____ / _____ / _____
<input type="checkbox"/> Iscritto registri professionali Aifos	<input type="checkbox"/> € 168,00 + IVA / cad. n. iscrizione _____	Totale Iscrizioni Multiple: n. x € + IVA Per complessivi €
Indicare se il partecipante è: <input type="checkbox"/> RSP/ASPP; <input type="checkbox"/> FORMATORE; <input type="checkbox"/> COORDINATORE; <input type="checkbox"/> DIRIGENTE; <input type="checkbox"/> DATORE DI LAVORO		

A conferma dell'iscrizione - Modalità di pagamento:

con Accredito bancario a favore di **SITIMP srl (BANCA SANTA GIULIA – AG. DI CHIARI – BS) – IBAN: IT 22 N 03367 54340 000010100477**

Causale: **CONTROLLO COMPETENTE ACCESSORI SOLLEVAMENTO – date Corso – nome partecipante**

(N.B. Allegare attestazione di avvenuto pagamento con indicazione n. CRO)

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, SITIMP S.r.l. 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 SITIMP S.r.l. tratterrà e fatturerà l'intera quota di iscrizione versata.

Luogo e data _____ Firma _____