

Compilare **TUTTI** i campi del modulo in **STAMPATELLO** e inviare via e-mail a [info@sitimp.it](mailto: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](mailto: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.<br>n. tessera _____    | <input type="checkbox"/> € 172,80 + IVA / cad.<br>n. tessere _____ / _____ / _____ |
| <input type="checkbox"/> Iscritto registri professionali Aifos   | <input type="checkbox"/> € 168,00 + IVA / cad.<br>n. iscrizione _____ | Totale Iscrizioni Multiple: n. .... x € ..... + IVA<br>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 \_\_\_\_\_