


**SCHEDA D'ISCRIZIONE
 QUALIFICAZIONE DEL FORMATORE:
 I FONDAMENTI DELLA DIDATTICA**

corso RPF

12-19-26 maggio 2023 ore 9-13 e 14-18
 Esame finale: 01 giugno 2023 dalle ore 9

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

In caso Corsi RPF 	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** _____

DIRITTO DI RECESSO

Nel caso di annullamento verrà restituita l'intera quota versata. In caso di mancata partecipazione, la disdetta dovrà essere comunicata via fax o mail almeno 5 gg lavorativi prima dell'inizio del corso: in caso di rinuncia oltre il termine indicato verrà fatturata il 100% della quota versata. Diversamente, in caso di mancata partecipazione al corso senza il preavviso si tratterà e fatturerà l'intera quota di iscrizione versata. In caso di rinvio ad edizioni successive, il Cliente sarà tenuto a corrispondere, a titolo di penale, una percentuale del corrispettivo individuale previsto pari al 20% del prezzo di listino se tale comunicazione avverrà 5 giorni lavorativi (o meno) dall'avvio del corso, oppure nessuna comunicazione. Le iscrizioni vengono raccolte in ordine cronologico. Il corso è a numero chiuso. Massimo 25 partecipanti

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, vedi pag. seguente)
Non Socio AiFOS	<input type="checkbox"/> € 690,00 + IVA	<input type="checkbox"/> € 621,00 + IVA
Socio o azienda associata AiFOS	<input type="checkbox"/> € 552,00 + IVA n. tessera _____	<input type="checkbox"/> € 496,80 + IVA n. tessera ____ / ____ / ____
Iscritto registri professionali Aifos n. _____	<input type="checkbox"/> € 483,00 + IVA n. iscrizione _____	/

SCHEDA D'ISCRIZIONE
QUALIFICAZIONE DEL FORMATORE:
I FONDAMENTI DELLA DIDATTICA

corso RPF

12-19-26 maggio 2023 ore 9-13 e 14-18

Esame finale: 01 giugno 2023 dalle ore 9

Modalità di pagamento: indicare con una X la forma di pagamento scelta

Accredito bancario a favore di **Safety Contact s.r.l. – IBAN IT 85 Z 06085 22800 0000 1000 0001 NUOVO**

ALLEGARE RICEVUTA DI VERSAMENTO AL MODULO DI ISCRIZIONE Causale iscrizione "**CORSO FORMATORI 2023 – NOME PARTECIPANTE**"

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 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.** SAFETY CONTACT 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

Luogo e data _____ Firma _____

Compila tutti i campi in STAMPATELLO e invia i moduli a formazione@safetygroupitalia.com o al fax 0331.213524