

**Dalla Valutazione dei Rischi connessi alle
differenze di Genere alla nuova Visione di una
Gestione Sistemica Integrata.**
**Le opportunità normative: dalla SA 8000 alla ISO
45001 sino alla UNI/PdR 125.**

Corso RPF

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 @ _____ *dati obbligatori

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


 <p>In caso Corsi RPF</p>	<p>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).</p>
	<p>Luogo e data _____ Firma partecipante _____</p>

Prendo atto delle finalità in capo alla sede amministrativa ed al 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

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

 <p>In caso Corsi RPF</p>	<p>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 e smi) attestanti la corretta esecuzione del progetto formativo. Prendo atto delle finalità in capo alla sede amministrativa e al RPF che disciplinano il regolare svolgimento del rapporto contrattuale, per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale ed 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 del 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 dati 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.</p>
	<p>Luogo e data _____ Firma partecipante _____</p>

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** _____

Sede Amministrativa: INTER-ACTION di Carla Mammone

Viale Padre G. B. Aguggiari, 76/A
21100 Varese VA
Tel. 0332283892 – Cell.: 340.2425713
E-mail: interactioncm19@gmail.com

CODICE	REVISIONE	DATA	PAGINA
MOD41	01	18/05/2022	1/2

**Dalla Valutazione dei Rischi connessi alle
differenze di Genere alla nuova Visione di una
Gestione Sistemica Integrata.**
**Le opportunità normative: dalla SA 8000 alla ISO
45001 sino alla UNI/PdR 125.**

Corso RPF

ESTREMI RELATIVI ALL'EMISSIONE DI FATTURA

Ragione sociale azienda / ditta / ente

Con sede a (città e provincia)

Via

n. civico

Cap

Tel. Fisso

E-mail @ (del referente per la fatturazione)

Partita IVA / C.F.

Codice Univoco SDI

Referente per la fatturazione (nome e cognome)

ANNULLAMENTI/DISDETTE

Al raggiungimento del numero minimo di partecipanti verrà inviata un'e-mail di conferma di avvio corso. Il CFA INTER-ACTION di Carla Mammone 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 da parte di INTER-ACTION di Carla Mammone verrà restituita l'intera quota versata.

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. In questo caso, il consumatore, con la sottoscrizione del presente documento, accetta espressamente di perdere ogni diritto di recesso. Il diritto di recesso sarà quindi esercitabile dal consumatore solo ed esclusivamente nei 14 giorni successivi dall'acquisto del corso in aula, anteriormente all'inizio del corso, tramite apposito modulo (da richiedere alla e-mail interactioncm19@gmail.com).

Il rimborso totale della quota avverrà entro 14 giorni decorrenti dal momento in cui la sede amministrativa ha ricevuto il modulo di richiesta recesso.

In caso di disdetta a partire dal 15° giorno dalla data d'acquisto fino al sesto giorno antecedente l'inizio del corso la sede amministrativa tratterà e fatturerà il 50% della quota di iscrizione versata; nel caso in cui invece la disdetta sia comunicata a partire dal quinto giorno lavorativo precedente l'inizio del corso la sede amministrativa tratterà e fatturerà l'intera quota di iscrizione versata.

AZIENDE E LIBERI PROFESSIONISTI

In caso di mancata partecipazione al corso, con preavviso superiore ai 7 giorni lavorativi, INTER-ACTION di Carla Mammone tratterà e fatturerà il 50% della quota di iscrizione versata. Diversamente, in caso di mancata partecipazione al corso senza il preavviso di almeno 7 giorni lavorativi INTER-ACTION di Carla Mammone tratterà e fatturerà l'intera quota di iscrizione versata.

QUOTE D'ISCRIZIONE (barrare con una X) – Pagamento anticipato pena esclusione dell'iscrizione

Il partecipante è:	Quota di iscrizione
<input type="checkbox"/> non Socio AiFOS	€ 190,00 + IVA
<input type="checkbox"/> Socio AiFOS o azienda associata AiFOS	€ 150,00 + IVA n. tessera _____
<input type="checkbox"/> Iscritto registri professionali AiFOS	€ 130,00 + IVA n. iscrizione _____

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

Accredito bancario a favore di **INTER-ACTION di Carla Mammone - BANCO BPM S.p.A. - Filiale di Varese (VA) - IBAN: IT66 U 05034 10800 00000017354** Causale iscrizione "Dalla Valutazione dei Rischi connessi alle differenze di Genere alla nuova Visione di una Gestione Sistemica Integrata" (Allegare la distinta di avvenuto pagamento).

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. 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 al corso.** Le iscrizioni vengono raccolte in ordine cronologico

Luogo e data _____

Firma _____

Compila tutti i campi in STAMPATELLO e invia il modulo a: interactioncm19@gmail.com

Sede Amministrativa: INTER-ACTION di Carla Mammone

Viale Padre G. B. Aguggiari, 76/A

21100 Varese VA

Tel. 0332283892 – Cell.: 340.2425713

E-mail: interactioncm19@gmail.com

CODICE	REVISIONE	DATA	PAGINA
MOD41	01	18/05/2022	2/2