

**16 ore**


18/03/2024 orario 14-18 e 20/03/2024 orario 09-13 in  
videoconferenza

27/03/2024 orario 9-13 e 28/03/2024 orario 14-18 c/o Sala meeting  
As Hotel – Corso Como, 52, 20812 Limbiate (MB)

**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><b>In caso Corsi RPF</b></p>	<p><b>INFORMATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG. 679/2016 – ESTRATTO</b></p> <p>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>

**PER LE AZIENDE**

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

 <p><b>In caso Corsi RPF</b></p>	<p><b>INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG. EU 679/2016 - ESTRATTO</b></p> <p>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.</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** \_\_\_\_\_

<p><b>AZ SAFE SRL</b> Sede legale: Via Melzi D'Eril, 376 – 20069 Vaprio D'Adda (MI) Sede operativa: Via Marradi, 5 – 20814 Varedo (MB) <a href="mailto:info@az-safe.it">info@az-safe.it</a> <a href="http://www.az-safe.it">www.az-safe.it</a></p>	<p>P.IVA./CF 09259350966</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------

CODICE	REVISIONE	DATA	PAGINA
MOD41	00	04/10/2018	1/2

16 ore

18/03/2024 orario 14-18 e 20/03/2024 orario 09-13 in  
videoconferenza

27/03/2024 orario 9-13 e 28/03/2024 orario 14-18 c/o Sala meeting  
As Hotel – Corso Como, 52, 20812 Limbiate (MB)

**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 mail info@az-safe.it).

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.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma partecipante \_\_\_\_\_

**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)**

I partecipanti sono:	Quota d'iscrizione:	Quota riservata per le iscrizioni multiple: (minimo 3 partecipanti)
<input type="checkbox"/> <b>Non Socio AiFOS</b>	<input type="checkbox"/> € 1.200,00 + IVA	<input type="checkbox"/> € 1.080,00 + IVA
<input type="checkbox"/> <b>Soci AiFOS o azienda associata AiFOS</b>	<input type="checkbox"/> € 960,00 + IVA n. tessere ____ / ____	<input type="checkbox"/> € 864,00 + IVA n. tessere ____ / ____ / ____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> <b>Iscritti ai Registri Professionali Aifos</b>	<input type="checkbox"/> € 840,00 + IVA n. iscrizione ____ / ____ / ____ / ____ / ____	

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

Accredito bancario a favore di **AZ Safe Srl -Agenzia Legnano (MI) Corso Sempione, 167 IBAN: IT21D031382020000013240601**

Causale iscrizione **"CORSO FIT TESTER METODO QUANTITATIVO CNC – 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.** Az Safe Srl 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@az-safe.it](mailto:formazione@az-safe.it).

<b>AZ SAFE SRL</b> Sede legale: Via Melzi D'Eril, 376 – 20069 Vaprio D'Adda (MI) Sede operativa: Via Marradi, 5 – 20814 Varedo (MB) <a href="mailto:info@az-safe.it">info@az-safe.it</a> <a href="http://www.az-safe.it">www.az-safe.it</a>	P.IVA./CF 09259350966
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------

CODICE	REVISIONE	DATA	PAGINA
MOD41	00	04/10/2018	2/2