


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

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

<b>NON OBBLIGATORIO</b>	Il CFA o sede amministrativa, sulla base della propria informativa estesa di cui sei invitato a prenderne conoscenza, ti informa che, per finalità di marketing, sulla base di un tuo esplicito consenso (ai sensi dell'art. 6.1.a del Reg.679/2016), ti potrà inserire in una lista per informarti, su futuri servizi e iniziative di formazione. Devi sempre essere a conoscenza, quale interessato, che potrai invocare i tuoi diritti e revocare il consenso in qualsiasi momento senza indicare motivazione, comunicando la revoca a <a href="mailto:info@safetygroupitalia.com">info@safetygroupitalia.com</a>		
	Acconsento <input type="checkbox"/>	Non Acconsento <input type="checkbox"/>	a ricevere, per e-mail e sms, dal CFA tempestive segnalazioni inerenti in merito ai servizi e alle iniziative di formazione che saranno programmate nel futuro
	Acconsento <input type="checkbox"/>	Non Acconsento <input type="checkbox"/>	a partecipare a ricerche di mercato attraverso il trasferimento dei miei dati a società esterne dedicate a queste attività
Luogo e data _____ Firma partecipante _____			

**PER LE AZIENDE**

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

 In caso Corsi RPF	<b>INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG. EU 679/2016</b> 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.
	Luogo e data _____ Firma partecipante _____

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 fatturerà 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)**

I partecipanti sono:	Quota d'iscrizione:	Quota riservata per le iscrizioni multiple: (minimo 3 partecipanti)
<input type="checkbox"/> Non Socio AiFOS	<input type="checkbox"/> € 240,00 + IVA	<input type="checkbox"/> € 216,00 + IVA
<input type="checkbox"/> Soci AiFOS o azienda associata AiFOS	<input type="checkbox"/> € 192,00 + IVA n. tessere ____ / ____	<input type="checkbox"/> € 172,80 + IVA n. tessere ____ / ____ / ____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Iscritti ai Registri Professionali Aifos	<input type="checkbox"/> € 168,00 + IVA n. iscrizione ____ / ____ / ____ / ____ / ____	

**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**  
Causale iscrizione "**FARSI AMICO LO STRESS 4mag22 – 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](mailto:formazione@safetygroupitalia.com) o al fax 0331/213524