



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

COGNOME	NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	MANSIONE	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 _____

ANNULLAMENTI/DISDETTE

Al raggiungimento del numero minimo di partecipanti verrà inviata un'e-mail di conferma di avvio 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 da parte di SAFETY CONTACT verrà restituita l'intera quota versata.

CFA: Safety Contact s.r.l. via A. Gramsci 72 – 21013 Gallarate (VA) Tel. 0331.782524 Fax 0331.213524 info@safetygroupitalia.com www.safetygroupitalia.it	P.IVA./CF: IT 02615140122 RPF: LARGHI SIMONE
---	---

CODICE	REVISIONE	DATA	PAGINA
MOD17.1X	02	29/06/2018	1/2



DIRITTO DI RECESSO (CONSUMATORI PRIVATI)

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, aziende e 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@safetygroupitalia.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 SAFETY CONTACT tratterrà 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 tratterrà 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, SAFETY CONTACT tratterrà 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 SAFETY CONTACT tratterrà e fatturerà l'intera quota di iscrizione versata

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.

cod. SDI

Referente per la fatturazione (nome e cognome)

QUOTE D'ISCRIZIONE (barrare con una X)

Il partecipante è:	Quota di iscrizione/cad	Quota di iscrizione/cad. Min 3 persone
<input type="checkbox"/> Non Socio AiFOS	<input type="checkbox"/> € 100,00 + IVA	<input type="checkbox"/> € 90,00 + IVA
<input type="checkbox"/> Socio AiFOS o azienda associata AiFOS	<input type="checkbox"/> € 80,00 + IVA n. tessera _____	<input type="checkbox"/> € 80,00 + IVA n. tessera _____
<input type="checkbox"/> Iscritto registri professionali Aifos	<input type="checkbox"/> € 70,00 + IVA n. iscrizione _____	<input type="checkbox"/> € 70,00 + 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 "**SICUREZZA SCAFFALATURE E PRSES MAG24 – NOME PARTECIPANTE**" [È **obbligatorio** allegare la ricevuta 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. **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.** Le iscrizioni vengono raccolte in ordine cronologico.

Luogo e data _____ Firma _____

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

CFA: Safety Contact s.r.l. via A. Gramsci 72 – 21013 Gallarate (VA) Tel. 0331.782524 Fax 0331.213524 info@safetygroupitalia.com www.safetygroupitalia.it	P.IVA./CF: IT 02615140122 RPF: LARGHI SIMONE
---	---

CODICE	REVISIONE	DATA	PAGINA
MOD17.1X	02	29/06/2018	2/2