



Compilare **TUTTI** i campi del modulo in **STAMPATELLO** e inviare via e-mail a info@aureaprofessional.it o al fax **0481-969447**

Parte da compilare a cura del PARTECIPANTE

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

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG. 679/2016

Prendo atto che il Centro di Formazione AiFOS (CFA, Titolare del Trattamento) acquisisce i dati personali per le finalità di vendita e di erogazione della formazione, trasferisce i dati personali nella propria banca dati ad AiFOS - Titolare del trattamento per le finalità istituzionali citate nella informativa estesa (SGQA_Informativa_corso_CFA disponibile anche sul sito di AiFOS) di cui ho preso visione. In particolare: per l'adempimento degli obblighi di conservazione a termini di legge di copia dei documenti (trascrizione formazione, rilascio attestato e libretto curriculare) attestanti l'esecuzione del progetto formativo. Prendo, inoltre, atto delle finalità del Centro di Formazione 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).

Luogo e data _____ Firma _____

A conoscenza del diritto dell'interessato di revocare il proprio consenso, senza indicare alcuna motivazione, con effetto dalla revoca in poi, io, quale interessato:

Acconsento <input type="checkbox"/>	Non Acconsento <input type="checkbox"/>	a ricevere, per e-mail ed 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 ricevere, per e-mail ed sms, dal CFA tempestive segnalazioni relativamente alla scadenza dei miei crediti formativi
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 _____

La preghiamo di comunicare la Sua revoca del consenso a mezzo e-mail indirizzata a info@aureaprofessional.it

Parte da compilare a cura dell'AZIENDA: 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 _____ per fatturazione elettronica. Codice SDI o pec _____

Partita iva _____ Referente per la fatturazione (nome e cognome) _____

L'iscrizione comprende: partecipazione al corso, materiale del corso, attestato e servizi vari come 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 del corso.** Aurea Professional 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. Il corso è a numero chiuso. In caso di mancata partecipazione al corso, con preavviso superiore ai 5 giorni lavorativi, Aurea Professional srl tratterà e fatturerà il 50 % della quota di iscrizione versata. Diversamente, in caso di mancata partecipazione al corso senza il preavviso di almeno 5 giorni lavorativi Aurea Professional srl tratterà e fatturerà l'intera quota di iscrizione versata. **In ogni caso gli attestati, salvo diversamente concordato con la direzione, verranno consegnati a pagamento avvenuto.**

Luogo e data _____ Firma _____



PAGINA RISERVATA ALLE ISCRIZIONI MULTIPLE

NB. La tariffa scontata per le iscrizioni multiple è riservata ad un minimo di n. 3 partecipanti (appartenenti alla stessa azienda) iscritti al corso

Parte da compilare a cura dei PARTECIPANTI

2° Partecipante:

Cognome* e nome*	Mansione	Settore di riferimento	titolo di studio
Nato* a _____ (____) _____	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

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG. 679/2016

Prendo atto che il Centro di Formazione AiFOS (CFA, Titolare del Trattamento) acquisisce i dati personali per le finalità di vendita e di erogazione della formazione, trasferisce i dati personali nella propria banca dati ad AiFOS - Titolare del trattamento per le finalità istituzionali citate nella informativa estesa (SGQA_Informativa_corso_CFA disponibile anche sul sito di AiFOS) di cui ho preso visione. In particolare: per l'adempimento degli obblighi di conservazione a termini di legge di copia dei documenti (trascrizione formazione, rilascio attestato e libretto curriculare) attestanti l'esecuzione del progetto formativo. Prendo, inoltre, atto delle finalità del Centro di Formazione 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).

Luogo e data _____ Firma _____

A conoscenza del diritto dell'interessato di revocare il proprio consenso, senza indicare alcuna motivazione, con effetto dalla revoca in poi, io, quale interessato:

Acconsento <input type="checkbox"/>	Non Acconsento <input type="checkbox"/>	a ricevere, per e-mail ed 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 ricevere, per e-mail ed sms, dal CFA tempestive segnalazioni relativamente alla scadenza dei miei crediti formativi
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 _____

La preghiamo di comunicare la Sua revoca del consenso a mezzo e-mail indirizzata a info@aureaprofessional.it

3° Partecipante:

Cognome* e nome*	Mansione	Settore di riferimento	titolo di studio
Nato* a _____ (____) _____	in data*	codice fiscale*	
Residente a (città e provincia)	via	n. civico	cap
Cellulare	mail @		

CODICE	REVISIONE	DATA	PAGINA
MOD17	01	15/05/18	2/3



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

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG. 679/2016

Prendo atto che il Centro di Formazione AiFOS (CFA, Titolare del Trattamento) acquisisce i dati personali per le finalità di vendita e di erogazione della formazione, trasferisce i dati personali nella propria banca dati ad AiFOS - Titolare del trattamento per le finalità istituzionali citate nella informativa estesa (SGQA_Informativa_corso_CFA disponibile anche sul sito di AiFOS) di cui ho preso visione. In particolare: per l'adempimento degli obblighi di conservazione a termini di legge di copia dei documenti (trascrizione formazione, rilascio attestato e libretto curricolare) attestanti l'esecuzione del progetto formativo. Prendo, inoltre, atto delle finalità del Centro di Formazione 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).

Luogo e data _____ Firma _____

A conoscenza del diritto dell'interessato di revocare il proprio consenso, senza indicare alcuna motivazione, con effetto dalla revoca in poi, io, quale interessato:

Acconsento <input type="checkbox"/>	Non Acconsento <input type="checkbox"/>	a ricevere, per e-mail ed 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 ricevere, per e-mail ed sms, dal CFA tempestive segnalazioni relativamente alla scadenza dei miei crediti formativi
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 _____

La preghiamo di comunicare la Sua revoca del consenso a mezzo e-mail indirizzata a info@aureaprofessional.it

CODICE	REVISIONE	DATA	PAGINA
MOD17	01	15/05/18	3/3