

Prego compilare la presente scheda in STAMPATELLO LEGGIBILE ed inviarla via e-mail a corsi@lavoroinsicurezza.it o al fax 041.5442821

AZIENDA PRIVATA o PUBBLICA AMMINISTRAZIONE
(la presente sezione va compilata a cura del Datore di Lavoro o del referente/incaricato)

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

***DATI OBBLIGATORI**

Prego controllare quale casella in intestazione è stata spuntata “ ”, prendere visione del relativo paragrafo e sottoscrivere i punti più in basso:

In caso di Corso CFA	<p>INFORMATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG. 679/2016 - ESTRATTO Prendo atto che il Centro di Formazione AiFOS (CFA Lavoro in Sicurezza Srl, Titolare o Responsabile del Trattamento secondo le direttive del Datore di Lavoro) acquisisce i dati personali per le finalità di vendita ed erogazione della formazione, trasferisce i dati personali nella banca dati di AiFOS - Titolare Autonomo del trattamento per le finalità istituzionali citate nella informativa estesa (<i>MODCFA_Informativa_10-2018</i> disponibile sul sito di AiFOS e anche sul nostro sito) 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 del Centro di Formazione 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). 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 il CFA 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>
--------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

In caso di Corso RPF	<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 Sette Alessandro) 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 (<i>2018-10_AiFOS INFORMATIVA - CORSI</i> disponibile sul sito di AiFOS e anche sul nostro sito) 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>
--------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Io sottoscritto _____ in qualità di _____ dichiaro ai sensi dell'art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 che:
(cognome e nome) (Datore di Lavoro, Dirigente Scolastico, referente, incaricato, capo settore,...)

- Gli iscritti sono in possesso dei requisiti specificati nel programma del corso **Luogo e data** _____ **Timbro e Firma** _____
- Anche gli iscritti hanno preso visione delle informative ai sensi del Reg. UE 679/2016 **Luogo e data** _____ **Timbro e Firma** _____

In caso di PERSONA FISICA non in possesso di P.IVA, compilare invece la seguente sezione:

Cognome* _____ Nome* _____ Mansione _____ Settore di riferimento _____
()
Nato a* _____ provincia* _____ in data* _____ Codice Fiscale* _____

Recapito 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**

Prego controllare quale casella in intestazione è stata spuntata “ ”, prendere visione e firmare il relativo paragrafo:

23, 29 SETTEMBRE 2021 ORARIO: 09.00-13.00

SEDE DEL CORSO: VIDEOCONFERENZA

LAVORO IN SICUREZZA SRL – VIA CALABRIA, 80/A – MESTRE (VE)

In caso di Corsi CFA	<p>INFORMATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG. 679/2016 - ESTRATTO Prendo atto che il Centro di Formazione AiFOS (CFA Lavoro in Sicurezza Srl, Titolare del Trattamento) acquisisce i dati personali per le finalità di vendita ed erogazione della formazione, trasferisce i dati personali nella propria banca dati ad AiFOS - Titolare del trattamento per le finalità istituzionali citate nell'informativa estesa (MODCFA_Informativa_10-2018 disponibile sul sito di AiFOS e anche sul nostro sito) 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 all'effettuazione delle operazioni connesse alla formazione e all'organizzazione interna (registrazione partecipanti, accoglienza e assistenza, scadenze dei titoli formativi).</p> <p style="text-align: center;">Luogo e data _____ Firma partecipante al corso _____</p>
In caso di Corsi RPF	<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 Sette Alessandro) 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 (2018-10_AiFOS INFORMATIVA - CORSI) disponibile sul sito di AiFOS e anche sul nostro sito) 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 curriculare).</p> <p style="text-align: center;">Luogo e data _____ Firma partecipante al corso _____</p>

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@lavoroinsicurezza.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 per presa visione _____

ESTREMI RELATIVI ALL'EMISSIONE DELLA FATTURA

Ragione sociale azienda / Ente / Persona fisica *

Con sede/residenza a (città e provincia)* _____ via* _____ n. civico* _____ CAP* _____

Partita Iva e/o C.F.* _____ Tel. Fisso _____

Referente per la fatturazione (nome e cognome) _____ Mail @ (del referente per la fatturazione) _____ ***DATI OBBLIGATORI**

QUOTE D'ISCRIZIONE (barrare con una X)

Il partecipante è:	Quota di iscrizione	Quota riservata per le iscrizioni multiple: (minimo 3 partecipanti iscritti al medesimo corso)
<input type="checkbox"/> Quota intera	<input type="checkbox"/> € 200,00 + IVA	<input type="checkbox"/> € 190,00 + IVA
<input type="checkbox"/> Quota scontata (se già ns. cliente)	<input type="checkbox"/> € 180,00 + IVA	<input type="checkbox"/> € 170,00 + IVA

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

- con Accredito bancario a favore di Lavoro in Sicurezza S.r.l. **Codice fatturazione (SDI) o PEC** _____
Banca Popolare dell'Alto Adige ag. Chirignago (VE)
IBAN IT58U0585602046108571175662
causale: iscrizione corso preposto partecipante XXXXXX
- 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 vari come 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 e le modalità organizzative del corso in oggetto. **L'iscrizione è effettiva esclusivamente ad avvenuto pagamento della quota di iscrizione del corso. Il "CFA Lavoro in Sicurezza 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, qualora già versata. Le iscrizioni vengono raccolte in ordine cronologico. Il corso è a numero chiuso. In caso di mancata partecipazione al corso, senza il preavviso di almeno 5 giorni lavorativi dalla data di inizio corso, la sede amministrativa tratterà e fatturerà l'intera quota di iscrizione versata.**

Luogo e data _____ Timbro e Firma _____