



Scheda d'iscrizione al corso

Pag. 1 di 2

MOD 850_C
Rev. 00 del 25/06/2018

INCARICATO PRIMO SOCCORSO IN AZIENDA GRUPPO B E C (12 ORE)

COMPILARE TUTTI I CAMPI IN STAMPATELLO ED INVIARE VIA E-MAIL A corsi@lavoroinsicurezza.it O FAX AL N. 041-5442821

CORSO

Calendario	27, 30 SETTEMBRE con orario 09.00-13.00 IN MODALITA' VIDEOCONFERENZA	
	04 OTTOBRE 2021 con orario 09.00-13.00 IN PRESENZA SEDE DEL CORSO: "ISTITUTO SAN MARCO" VIA DEI SALESIANI, 15 MESTRE (VE)	
Quote iscrizione	Singola intera € 165,00 + IVA Iscrizioni multiple (minimo 3) € 155,00 + IVA	Singola scontata (se già ns. clienti) € 150,00 + IVA Iscrizioni multiple (minimo 3) € 142,00 + IVA

DATI ANAGRAFICI DEL PARTECIPANTE (DA COMPILARE A CURA DEL PARTECIPANTE)

Cognome		Nome	
Luogo		Data di Nascita	
Codice Fiscale		Indirizzo e-mail	
Recapito personale		Mansione/Ruolo ricoperto	
Settore azienda (es. commercio, servizi, industria...) - macrosettore ATECO :			

- 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;
- Presto il consenso al TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ai sensi del REG. 679/2016:

Prendo atto che "Lavoro in Sicurezza S.r.l." acquisisce i dati personali per le finalità di erogazione della formazione ed è Titolare del Trattamento per le finalità istituzionali citate nella informativa allegata di cui ho preso visione. In particolare per l'adempimento degli obblighi di conservazione di copia dei documenti a termini di legge (registrazione partecipanti, rilascio attestato,...) attestanti l'esecuzione del progetto formativo. La preghiamo pertanto di comunicare la Sua eventuale revoca del consenso a mezzo e-mail indirizzata a info@lavoroinsicurezza.it.

Data _____ Firma del partecipante al corso _____

DATI AZIENDA PER FATTURAZIONE (DA COMPILARE A CURA DELL'AZIENDA)

Ragione Sociale azienda /ditta/ente	
Indirizzo, CAP, Comune	
C.F. e P.IVA	
Recapito telefonico	
Indirizzo e-mail	
Codice identificativo per Fatturazione Elettronica (OBBLIGATORIO)	

Modalità di pagamento:

- con Accredito bancario a favore di Lavoro in Sicurezza S.r.l. Banca Popolare dell' Alto Adige ag. Chirignago –VE
IBAN: IT IT58U0585602046108571175662 causale: iscrizione corso primo soccorso 12 ore gruppo B e C (N.B. Allegare la ricevuta di avvenuto pagamento)
- Ente Pubblico (esente iva) con pag. a 30 gg data fattura. Codice Univoco _____ CIG (se presente): _____

RIEPILOGO CONDIZIONI CONTRATTUALI DI ADESIONE:

Numero partecipanti	Minimo: 10 unità (qualora non venisse raggiunto il numero minimo di partecipanti previsto, il corso sarà rinviato o annullato) Massimo: 35 unità (nel caso le adesioni superassero il numero massimo stabilito, si farà riferimento all'ordine cronologico di arrivo delle schede di iscrizione; le eccedenti saranno di diritto inserite al primo corso utile di eguale contenuto) L'aula potrà essere composta da partecipanti di altri corsi compatibili per argomento.
Iscrizioni	Le iscrizioni resteranno aperte fino a 5 giorni lavorativi prima della data di inizio corso. Dopo la chiusura delle iscrizioni, le Aziende aderenti saranno contattate per la conferma definitiva o per l'eventuale annullamento.
Modalità di rinuncia, recesso o variazione	L'Azienda potrà disdire la propria partecipazione qualora venga notificata per iscritto (via mail o fax) almeno cinque giorni prima dell'inizio del corso. Non è previsto alcun rimborso della quota nel caso in cui la disdetta venga fatta pervenire meno di cinque giorni lavorativi prima dell'inizio del corso. Sarà invece consentita l'eventuale variazione del nominativo del partecipante con altro lavoratore entro i 2 giorni precedenti l'inizio dell'attività formativa.
Rinvii ed annullamenti	Ci riserviamo la facoltà per cause non dipendenti dalla propria volontà (es. meteorologia ecc.), di annullare o modificare le date del corso dandone tempestiva comunicazione. I partecipanti già iscritti, saranno di diritto reinseriti al primo corso utile di eguale contenuto o potranno richiedere il rimborso dell'intera quota qualora versata.
Attestati	Qualora l'iscritto partecipi ad un incontro e non ai successivi non è possibile rilasciare l'attestato. Il rilascio dell'attestato di partecipazione è subordinato alla presenza effettiva all'intero corso (assenza pari al massimo il 10% del monte ore totale del corso).

Consenso al Trattamento dei dati Personali ai sensi del Reg. 679/2016

Si prende atto che "Lavoro in Sicurezza S.r.l.", specificata a piè di pagina della presente, acquisisce i dati personali nella propria banca dati per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica, fiscale e per lo svolgimento delle prestazioni connesse, come da informativa allegata per la quale si dichiara la presa visione.

Data _____ Timbro e firma azienda _____



Scheda d'iscrizione al corso

Pag. 2 di 2

MOD 850_C
Rev. 00 del 25/06/2018

PAGINA RISERVATA ALLE ISCRIZIONI MULTIPLE

LA TARIFFA SCONTATA PER LE ISCRIZIONI MULTIPLE È RISERVATA AD UN MINIMO DI N. 3 PARTECIPANTI (APPARTENENTI ALLA STESSA AZIENDA) ISCRITTI AL CORSO

2° PARTECIPANTE:

DATI ANAGRAFICI DEL PARTECIPANTE (DA COMPILARE A CURA DEL PARTECIPANTE)			
Cognome		Nome	
Luogo		Data di Nascita	
Codice Fiscale		Indirizzo e-mail	
Recapito personale		Mansione/Ruolo ricoperto	
Settore azienda (es. commercio, servizi, industria...) - macrosettore ATECO :			

Dichiaro di essere in possesso dei requisiti minimi per la partecipazione al corso, specificati nel programma del corso

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

Prendo atto che "Lavoro in Sicurezza S.r.l." acquisisce i dati personali per le finalità di erogazione della formazione ed è Titolare del Trattamento per le finalità istituzionali citate nella informativa allegata di cui ho preso visione. In particolare per l'adempimento degli obblighi di conservazione di copia dei documenti a termini di legge (registrazione partecipanti, rilascio attestato,...) attestanti l'esecuzione del progetto formativo. La preghiamo pertanto di comunicare la Sua eventuale revoca del consenso a mezzo e-mail indirizzata a info@lavoroinsicurezza.it.

Data _____ Firma del partecipante al corso _____

3° PARTECIPANTE:

DATI ANAGRAFICI DEL PARTECIPANTE (DA COMPILARE A CURA DEL PARTECIPANTE)			
Cognome		Nome	
Luogo		Data di Nascita	
Codice Fiscale		Indirizzo e-mail	
Recapito personale		Mansione/Ruolo ricoperto	
Settore azienda (es. commercio, servizi, industria...) - macrosettore ATECO :			

Dichiaro di essere in possesso dei requisiti minimi per la partecipazione al corso, specificati nel programma del corso

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

Prendo atto che "Lavoro in Sicurezza S.r.l." acquisisce i dati personali per le finalità di erogazione della formazione ed è Titolare del Trattamento per le finalità istituzionali citate nella informativa allegata di cui ho preso visione. In particolare per l'adempimento degli obblighi di conservazione di copia dei documenti a termini di legge (registrazione partecipanti, rilascio attestato,...) attestanti l'esecuzione del progetto formativo. La preghiamo pertanto di comunicare la Sua eventuale revoca del consenso a mezzo e-mail indirizzata a info@lavoroinsicurezza.it.

Data _____ Firma del partecipante al corso _____