



## Scheda d'iscrizione al corso

Pag. 1 di 2

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

### INCARICATO PRIMO SOCCORSO IN AZIENDA GRUPPO A (16 ORE)

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

#### CORSO

Calendario	25, 29 NOVEMBRE con orario 09.00-13.00 IN MODALITA' VIDEOCONFERENZA	
	02, 06 DICEMBRE 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 € 198,00 + IVA Iscrizioni multiple (minimo 3) € 188,00 + IVA	Singola scontata (se già ns. clienti) € 180,00 + IVA Iscrizioni multiple (minimo 3) € 171,00 + 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](mailto: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 58U0585602046108571175662 causale: iscrizione corso primo soccorso 16 ore gruppo A (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) <b>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.</b> 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 \_\_\_\_\_  
LAVORO IN SICUREZZA S.R.L. - SOCIETA' UNIPERSONALE - Sede legale e operativa: VIA CALABRIA, 80/A - 30174 MESTRE (VE)  
P.IVA/Cod.fisc./Reg.Impr. 02668500271 - REA: VE-232692 - Cap.soc.€ 30.990,00 i.v. - tel. 0415442959 - fax 0415442821 - mail [info@lavoroinsicurezza.it](mailto:info@lavoroinsicurezza.it)



## 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](mailto: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](mailto:info@lavoroinsicurezza.it).

Data \_\_\_\_\_ Firma del partecipante al corso \_\_\_\_\_