



Scheda d'iscrizione al corso

Pag. 1 di 2

MOD 850_C
Rev. 01 del 03/06/2022

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

CORSO

Calendario	06, 11 DICEMBRE con orario 09.00-13.00 IN MODALITA' VIDEOCONFERENZA	
	13 DICEMBRE 2023 con orario 09.00-13.00 IN PRESENZA SEDE DEL CORSO: "ISTITUTO SAN MARCO" VIA DEI SALESIANI, 15 MESTRE (VE)	
Quote d'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)

*DATI OBBLIGATORI

Cognome*		Nome*	
Luogo di nascita (PR)*		Data di Nascita*	
Codice Fiscale*		E-mail personale*	
Recapito cellulare*		Mansione *	

Settore ATECO di riferimento (es. commercio, servizi, industria...)* :

- 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.

Luogo e data _____ Firma del partecipante al corso _____

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

*DATI OBBLIGATORI

Ragione Sociale azienda / Ente / Persona fisica*	
Indirizzo, CAP, Comune*	
C.F.* / P.IVA*	
Codice fatturazione SDI o PEC / Codice Univoco*	
Recapito telefonico*	
Indirizzo e-mail*	

ULTERIORI DATI RICHIESTI PER I SOLI ENTI PUBBLICI (senza tali dati l'iscrizione NON verrà presa in carico)

Numero DETERMINA*

data emissione DETERMINA*

CIG*

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

- con Accredito bancario a favore di Lavoro in Sicurezza S.r.l.
Banca Popolare dell'Alto Adige ag. Chirignago (VE)
IBAN IT58U0585602046108571175662
Causale: iscrizione corso primo soccorso 12 ore partecipante XXXXXXXX

- Ente Pubblico (esente iva) con pagamento a 30 gg dal ricevimento fattura
Banca Popolare dell'Alto Adige ag. Chirignago (VE)
IBAN IT58U0585602046108571175662
Causale: iscrizione corso primo soccorso 12 ore partecipante XXXXXXXX

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.



Scheda d'iscrizione al corso

Pag. 2 di 2

MOD 850_C
Rev. 01 del 03/06/2022

Luogo e data _____

Timbro e firma azienda _____

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)			*DATI OBBLIGATORI
Cognome*		Nome*	
Luogo di nascita (PR)*		Data di Nascita*	
Codice Fiscale*		E-mail personale*	
Recapito personale*		Mansione *	
Settore ATECO di riferimento (es. commercio, servizi, industria...)* :			

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 ai 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.

Luogo e data _____

Firma del partecipante al corso _____

3° PARTECIPANTE:

DATI ANAGRAFICI DEL PARTECIPANTE (DA COMPILARE A CURA DEL PARTECIPANTE)			*DATI OBBLIGATORI
Cognome*		Nome*	
Luogo di nascita (PR)*		Data di Nascita*	
Codice Fiscale*		E-mail personale*	
Recapito personale*		Mansione *	
Settore ATECO di riferimento (es. commercio, servizi, industria...)* :			

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 ai 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.

Luogo e data _____

Firma del partecipante al corso _____