

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

AZIENDA PRIVATA o PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

la presente sezione (pagg. 1-2) va compilata a cura del Datore di Lavoro o del referente/incaricato

SETTORE ATECO DI RIFERIMENTO* _____

COGNOME*	NOME*	LUOGO DI NASCITA (PR)*	DATA DI NASCITA*	CODICE FISCALE*	E-MAIL PERSONALE e RECAPITO CELLULARE*

*** DATI OBBLIGATORI**

Prego prendere visione della seguente informativa e sottoscrivere i punti più in basso:

INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG. UE 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 (disponibile sul sito di AiFOS) 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.

Io sottoscritto/a _____ in qualità di _____
(cognome e nome) (Datore di Lavoro, Dirigente Scolastico, referente, incaricato, capo settore,...)

dichiaro ai sensi dell'art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 che:

- ✓ Tutti gli iscritti riportati nella tabella a pagina 2, sono in possesso dei requisiti specificati nel programma del corso e che anch'essi hanno preso visione dell'informativa ai sensi del Reg. UE 679/2016
- ✓ Tutti gli iscritti riportati nella tabella a pagina 2, dispongono di dispositivi dotati di connessione internet stabile, microfono, uscita audio/cuffie e webcam e che gli stessi verranno mantenuti ATTIVI durante tutta la durata della sessione formativa, pena l'esclusione dal corso, con obbligo di pagamento della quota *

Luogo e data _____ Timbro e Firma _____

ATTENZIONE!!! *

SI RICORDA CHE PER LA PARTECIPAZIONE AI CORSI IN VIDEOCONFERENZA SINCRONA, AL FINE DI POTER INTERAGIRE ATTIVAMENTE CON IL DOCENTE, È NECESSARIO DISPORRE DI UN PC WINDOWS/MAC DOTATO DI UNA CONNESSIONE INTERNET STABILE, DI UN MICROFONO, DI UN'USCITA AUDIO/CUFFIE E DI UNA WEBCAM CHE DOVRA' RIMANERE ATTIVA (anche attraverso l'oscuramento dell'ambiente circostante - funzione presente sulle impostazioni video di Zoom) DURANTE TUTTA LA DURATA DELLA SESSIONE FORMATIVA FUNGENDO COSI' DA GARANZIA RELATIVAMENTE ALLA PRESENZA AL CORSO DEL DISCENTE STESSO.

IN CASO DI NON ATTIVAZIONE DELLA WEBCAM, INFORMIAMO CHE IL DISCENTE VERRA' RIMOSSO DAL CORSO CON OBBLIGO DEL PAGAMENTO DELLA QUOTA.

EVENTUALI PROBLEMATICHE ORGANIZZATIVE/TECNICHE PER LA SUDETTA PARTECIPAZIONE, DOVRANNO ESSERE COMUNICATE PREVENTIVAMENTE ALLA SCRIVENTE AL FINE DI PROVVEDERE ALLA LORO SOLUZIONE.

Sede del corso: VIDEOCONFERENZA (con obbligo di WEBCAM ATTIVA)
CFA LAVORO IN SICUREZZA SRL via Calabria 80/A - Mestre (VE)

ESTREMI RELATIVI ALL'EMISSIONE DELLA FATTURA (*DATI OBBLIGATORI)

Ragione sociale azienda / Ente *

Con sede a (città e provincia)*

via*

n. civico*

CAP*

Partita Iva*

C.F.*

Codice fatturazione SDI o PEC / Codice Univoco*

Tel. Fisso *

Referente per la fatturazione (nome e cognome)

Mail @ (del referente per la fatturazione)

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

Numero DETERMINA*

data emissione DETERMINA*

CIG*

QUOTE D'ISCRIZIONE (barrare con una X)

Il partecipante è:	Quota di iscrizione singola
Quota intera	<input type="checkbox"/> € 330,00 + IVA
Quota scontata (se già ns. cliente)	<input type="checkbox"/> € 300,00 + 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.
Banca Popolare dell'Alto Adige ag. Chirignago (VE)
IBAN IT58U0585602046108571175662
Causale: iscrizione corso RSPP-DL partecipante XXXXX

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 RSPP-DL partecipante XXXXX

La quota di 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 e le modalità organizzative del corso in oggetto.

Al raggiungimento del numero minimo di partecipanti previsto, verrà inviata un'e-mail di conferma partenza del corso. 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 da parte di Lavoro in Sicurezza Srl, 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 fatturerà l'intera quota di iscrizione e la tratterà qualora già versata.

Gli attestati verranno consegnati a saldo avvenuto.

Luogo e data _____

Timbro e Firma _____

Sede del corso: VIDEOCONFERENZA (con obbligo di WEBCAM ATTIVA)
CFA LAVORO IN SICUREZZA SRL via Calabria 80/A - Mestre (VE)

Compilare la seguente sezione (pag. 3) SOLO in caso di **PERSONA FISICA non in possesso di P.IVA:**

Cognome*	Nome*	Mansione*	Settore di riferimento *	
()				
Nato/a a*	provincia*	in data*	Codice Fiscale*	
Con residenza a (città e provincia)*	via*	n. civico*	CAP*	
Recapito cellulare*	Mail @*	*DATI OBBLIGATORI		

Prego prendere visione della seguente informativa e sottoscrivere i punti più in basso:

INFORMATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG. UE 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 (disponibile sul sito di AiFOS) 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 formativo).

Io sottoscritto/a, 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 e di aver preso visione dell'informativa ai sensi del Reg. UE 679/2016
- ✓ Di disporre di dispositivo dotato di connessione internet stabile, microfono, uscita audio/cuffie e webcam e che lo stesso verrà mantenuto ATTIVO durante tutta la durata della sessione formativa, pena l'esclusione dal corso, con obbligo di pagamento della quota

Luogo e data _____ **Firma partecipante** _____

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 tratterrà 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 tratterrà e fatturerà l'intera quota di iscrizione versata.

Luogo e data _____ **Firma partecipante per presa visione** _____

QUOTA D'ISCRIZIONE (barrare con una X)

Il partecipante è:	Quota intera <input type="checkbox"/> € 330,00 + IVA	Quota scontata (se già ns. cliente) <input type="checkbox"/> € 300,00 + IVA
--------------------	---	--

Modalità di pagamento:

ANTICIPATO 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 DL-RSPP partecipante XXXXXXXX

La quota di 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 e le modalità organizzative del corso in oggetto.

Al raggiungimento del numero minimo di partecipanti previsto, verrà inviata un'e-mail di conferma partenza del corso.

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 da parte di Lavoro in Sicurezza Srl, verrà restituita l'intera quota.

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 fatturerà e tratterrà l'intera quota di iscrizione.

Luogo e data _____ **Firma partecipante** _____