



Scheda d'iscrizione al corso

Pag. 1 di 3

MOD 850_C
Rev. 02 del 02/04/2024

AGGIORNAMENTO INCARICATO PRIMO SOCCORSO IN AZIENDA GRUPPO B E C (4 ORE)

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

CORSO	
Calendario	19 GIUGNO 2025 con orario 09.00-13.00 IN PRESENZA SEDE DEL CORSO: "ISTITUTO SAN MARCO" VIA DEI SALESIANI, 15 MESTRE (VE)

Quote d'iscrizione (barrare con una X)	Quota di iscrizione singola	Quota riservata per le iscrizioni multiple (minimo 3 partecipanti iscritti al medesimo corso):
Quota intera	<input type="checkbox"/> € 90,00 + IVA	<input type="checkbox"/> € 85,00 + IVA
Quota scontata (se già ns. cliente)	<input type="checkbox"/> € 80,00 + IVA	<input type="checkbox"/> € 76,00 + IVA

La presente scheda va compilata a cura del Datore di Lavoro o del referente/incaricato o persona fisica

N.B. Inserire i seguenti dati dei partecipanti nella tabella a pagina 2

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

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

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG.TO UE 2016/679 - ESTRATTO

Prendo atto che "LAVORO IN SICUREZZA SRL" acquisisce i dati personali per le finalità di erogazione della formazione ed è Titolare del Trattamento per le finalità istituzionali citate nell'informativa estesa (disponibile sul sito di LAVORO IN SICUREZZA SRL) 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.

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

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

Luogo e data _____ Timbro e Firma _____



Scheda d'iscrizione al corso

Pag. 2 di 3

MOD 850_C
Rev. 02 del 02/04/2024

SETTORE ATECO DI RIFERIMENTO (es- commercio, servizi, industria,...) _____

	COGNOME*	NOME*	LUOGO DI NASCITA (PR)*	DATA DI NASCITA*	CODICE FISCALE*	MANSIONE	E-MAIL PERSONALE e RECAPITO CELLULARE *
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

*** DATI OBBLIGATORI**

**Si prega compilare i dati in tabella a computer o in stampatello leggibile, in alternativa allegare un file excel;
per aggiungere ulteriori partecipanti stampare e compilare altre copie della presente pagina**

