

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. 1-2-3) va compilata a cura del Datore di Lavoro o del referente/incaricato

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 AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG. UE 679/2016 - ESTRATTO

Prendo atto che il Centro di Formazione AiFOS (CFA Lavoro in Sicurezza Srl, Titolare o Responsabile del Trattamento secondo le direttive del Datore di Lavoro) acquisisce i dati personali per le finalità di vendita ed erogazione della formazione, trasferisce i dati personali nella banca dati di AiFOS - Titolare Autonomo del trattamento per le finalità istituzionali citate nella 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 del Centro di Formazione 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). 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 il CFA 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 COSÌ 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.

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**

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 riservata per le iscrizioni multiple (minimo 3 partecipanti iscritti al medesimo corso):
Quota intera	<input type="checkbox"/> € 66,00 + IVA	<input type="checkbox"/> € 62,00 + IVA
Quota scontata (se già ns. cliente)	<input type="checkbox"/> € 60,00 + IVA	<input type="checkbox"/> € 57,00 + IVA

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 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 GENERALE partecipante XXXXX | <input type="checkbox"/> 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 GENERALE partecipante XXXX |
|---|---|

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 tratterrà qualora già versata.

Gli attestati verranno consegnati a saldo avvenuto.

Luogo e data _____ **Timbro e Firma** _____

Compilare la seguente sezione (pag. 4) 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 il Centro di Formazione AiFOS (CFA Lavoro in Sicurezza Srl, Titolare del Trattamento) acquisisce i dati personali per le finalità di vendita ed erogazione della formazione, trasferisce i dati personali nella propria banca dati ad AiFOS - Titolare del trattamento per le finalità istituzionali citate nell'informativa estesa (disponibile sul sito di AiFOS) di cui ho preso visione. In particolare: per l'adempimento degli obblighi di conservazione a termini di legge di copia dei documenti (trascrizione formazione, rilascio attestato e libretto curriculare) attestanti l'esecuzione del progetto formativo. Prendo, inoltre, atto delle finalità del Centro di Formazione 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).

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 tratterà 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 tratterà 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"/> € 66,00 + IVA	Quota scontata (se già ns. cliente) <input type="checkbox"/> € 60,00 + 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 GENERALE 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 tratterà l'intera quota di iscrizione.

Luogo e data _____ **Firma partecipante** _____