

Compilare **TUTTI** i campi del modulo in STAMPATELLO e inviare via e-mail a formazione@italiaconsulenze.it o al fax **0247951192**

Parte da compilare a cura del PARTECIPANTE

Cognome e nome		Mansione	Settore di riferimento	titolo di studio
Nato a _____ (____) _____		provincia	in data	codice fiscale
Residente a (città e provincia)		via	n. civico	cap
Cellulare		mail @		

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL D.LGS N. 196 DEL 30/06/03
Autorizziamo AiFOS ed il CFA Italia Consulenze & Formazione s.r.l. ad inserire i presenti dati personali nella propria banca dati onde consentire il regolare svolgimento del rapporto contrattuale, per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale, per effettuare operazioni connesse alla formazione e all'organizzazione interna (registrazione partecipanti, accoglienza e assistenza, orientamento didattico, rilascio attestato e libretto curriculum), per favorire tempestive segnalazioni inerenti ai servizi e alle iniziative di formazione.

Luogo e data _____ Firma _____

Parte da compilare a cura dell'azienda: ESTREMI RELATIVI ALL'EMISSIONE di RICEVUTA O FATTURA:

Ragione sociale azienda / ditta / ente			
Con sede a (città e provincia)	via	n. civico	cap
Tel. Fisso		mail @ (del referente per la fatturazione)	

Partita iva _____ Referente per la fatturazione (nome e cognome)

QUOTE D'ISCRIZIONE (barrare con una X)

Il partecipante è:	Quota di iscrizione	Richiesta di 3 crediti formativi per aggiornamento (barrare una sola opzione)
<input type="checkbox"/> Socio o azienda associata AiFOS	<input type="checkbox"/> OMAGGIO N° tessera socio: _____	<input type="checkbox"/> Formatori area 1 <input type="checkbox"/> RSPP/ASPP <input type="checkbox"/> Coordinatori <input type="checkbox"/> RLS
<input type="checkbox"/> Non socio AiFOS	<input type="checkbox"/> € 30,00 + IVA	<input type="checkbox"/> Formatori area 1 <input type="checkbox"/> RSPP/ASPP <input type="checkbox"/> Coordinatori <input type="checkbox"/> RLS

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

Con Accredito bancario a favore **Italia Consulenze & Formazione s.r.l. – IT27R0558401644000000003981**

Causale iscrizione **"Seminario tecnico Accordo Stato-Regioni"**

In contanti il giorno stesso del seminario

La quota di iscrizione comprende: partecipazione al corso, attestato (con 3 crediti formativi al fine dell'aggiornamento professionale). Firmando la presente si dichiara di aver preso visione e di accettare le informazioni generali, il programma, le modalità organizzative del corso in oggetto. *Italia Consulenze & Formazione si riserva la facoltà, per cause non dipendenti dalla propria volontà, di annullare o modificare la data del seminario dandone tempestiva comunicazione. Nel caso di annullamento verrà restituita l'intera quota versata.* Le iscrizioni vengono raccolte in ordine cronologico. In caso di mancata partecipazione all'incontro, con preavviso superiore ai 5 giorni lavorativi, *Italia Consulenze & Formazione* tratterrà e fatturerà il 50 % della quota di iscrizione versata. In caso di mancata partecipazione al convegno senza il preavviso di almeno 5 giorni lavorativi il CFA tratterrà e fatturerà l'intera quota di iscrizione versata.

Luogo e data _____ Firma _____