

**Barrare una sola opzione**

<input type="checkbox"/> 3 crediti Formatori area normativa 1	<input type="checkbox"/> 3 crediti coordinatori alla sicurezza	<input type="checkbox"/> 3 crediti RLS	<input type="checkbox"/> 3 crediti RSPP/ASPP
---	--	--	--

Compilare **TUTTI** i campi del modulo in STAMPATELLO e inviare via e-mail a [info@marottahse.it](mailto:info@marottahse.it) o al fax 0933.913835

**Parte da compilare a cura del PARTECIPANTE**

Cognome e nome \_\_\_\_\_ Mansioni \_\_\_\_\_ Settore di riferimento \_\_\_\_\_ titolo di studio \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

Residente a (città e provincia) \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_ mail @ \_\_\_\_\_

**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**

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL D.LGS N. 196 DEL 30/06/03**  
Autorizziamo AiFOS ed il CFA **MAROTTA HSE**, 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)**

<input type="checkbox"/> <b>Quota Socio AiFOS</b>	<input type="checkbox"/> 10,00	N° tessera socio .....
<input type="checkbox"/> <b>Quota non Socio AiFOS</b>	<input type="checkbox"/> € 15,00	-----

**Modalità di pagamento:**

in sede

La quota di iscrizione comprende: partecipazione al seminario, attestato e servizi vari come previsti dal programma del seminario. Firmando la presente si dichiara di aver preso visione e di accettare le informazioni generali, il programma, le modalità organizzative del seminario in oggetto.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_