

Compilare **TUTTI** i campi del modulo in **STAMPATELLO**
inviare via e-mail a formazione@puntosicurezzaar.com o al fax 0575984901

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 @ _____

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 il Responsabile del progetto Formativo, la sede amministrativa specificata in calce alla presente ed AiFOS 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 _____

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) _____

CODICE	REVISIONE	DATA	PAGINA
ATZ MOD 6	00	11/04/16	1/2

QUOTE D'ISCRIZIONE

(barrare con una X)

Il partecipante è:	Quota di iscrizione	Iscrizioni multiple (minimo 4 partecipanti, vedi pag. seguente)
<input type="checkbox"/> Quota intera	<input type="checkbox"/> € 250,00 + IVA	<input type="checkbox"/> € 210,00 + IVA
<input type="checkbox"/> Quota scontata*	<input type="checkbox"/> € 200,00 + IVA	<input type="checkbox"/> € 165,00 + IVA
*possono usufruire della quota scontata inoccupati/disoccupati in possesso di documentazione che dimostri tale condizione da inviare in allegato al presente documento		

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

bonifico bancario (coordinate bancarie IBAN IT2310539014111000000000370 CcB intestato a Puntosicurezza srl - Causale iscrizione "CORSO CARRELLI ELEVATORI 2017-01 – COGNOME E NOME DEL PARTECIPANTE"

Ente Pubblico (esente iva) con pagamento a 30 gg dal ricevimento fattura. Codice Univoco _____ CIG (se presente): _____

La quota di iscrizione comprende: partecipazione al corso con materiale didattico, esecuzione prova pratica, 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, le modalità organizzative del corso in oggetto. L'iscrizione è effettiva esclusivamente ad avvenuto pagamento della quota di iscrizione del corso. Il responsabile del progetto 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 verrà restituita l'intera quota versata. In caso di mancata partecipazione, la disdetta dovrà essere comunicata via fax o mail almeno 5 gg lavorativi prima dell'inizio del corso: in caso di rinuncia oltre il termine indicato verrà fatturerà il 70% della quota versata.**

Le iscrizioni vengono raccolte in ordine cronologico. Il corso è a numero chiuso. Massimo 24 partecipanti.

Luogo e data _____ Firma _____