

Compilare **TUTTI** i campi del modulo in STAMPATELLO  
inviare via e-mail a [formazione@puntosicurezzaaar.com](mailto:formazione@puntosicurezzaaar.com) o al fax 0575984901

**PARTE DA COMPILARE A CURA DEL PARTECIPANTE**

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

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

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**

Autorizzo il Responsabile del Progetto Formativo (R.P.F.), 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) e 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
MOD17.1	00	01/12/16	1/3

### CORSI ATTIVATI

Codice	Corso	Date	Sede
DLB	Datore di lavoro con incarico diretto di RSPP – Rischio Basso	08/09/2017 11/09/2017	Via Galvani 69 Arezzo 52100
DLM	Datore di lavoro con incarico diretto di RSPP – Rischio Medio	08/09/2017 11/09/2017 18/09/2017 22/09/2017	Via Galvani 69 Arezzo 52100
DLA	Datore di lavoro con incarico diretto di RSPP – Rischio Alto	08/09/2017 11/09/2017 18/09/2017 22/09/2017 25/09/2017 29/09/2017	Via Galvani 69 Arezzo 52100
DLST1	Datore di lavoro con incarico diretto di RSPP – Step 1 (Rischio Basso)	08/09/2017 11/09/2017	Via Galvani 69 Arezzo 52100
DLST2	Datore di lavoro con incarico diretto di RSPP – Step 2 (Rischio Medio)	18/09/2017 22/09/2017	Via Galvani 69 Arezzo 52100
DLST3	Datore di lavoro con incarico diretto di RSPP – Step 3 (Rischio Alto)	25/09/2017 29/09/2017	Via Galvani 69 Arezzo 52100

### QUOTE D'ISCRIZIONE (barrare con una X)

Codice	Corso	Quota di iscrizione	Iscrizioni multiple (minimo 3 partecipanti)
DLB	Datore di lavoro con incarico diretto di RSPP – Rischio Basso	<input type="checkbox"/> € 250,00 + IVA	<input type="checkbox"/> € 200,00 + IVA
DLM	Datore di lavoro con incarico diretto di RSPP – Rischio Medio	<input type="checkbox"/> € 500,00 + IVA	<input type="checkbox"/> € 425,00 + IVA
DLA	Datore di lavoro con incarico diretto di RSPP – Rischio Alto	<input type="checkbox"/> € 700,00 + IVA	<input type="checkbox"/> € 600,00 + IVA
DLST1	Datore di lavoro con incarico diretto di RSPP – Step 1 (Rischio Basso)	<input type="checkbox"/> € 250,00 + IVA	<input type="checkbox"/> € 200,00 + IVA
DLST2	Datore di lavoro con incarico diretto di RSPP – Step 2 (Rischio Medio)	<input type="checkbox"/> € 250,00 + IVA	<input type="checkbox"/> € 200,00 + IVA
DLST3	Datore di lavoro con incarico diretto di RSPP – Step 3 (Rischio Alto)	<input type="checkbox"/> € 250,00 + IVA	<input type="checkbox"/> € 200,00 + IVA

**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 "**CODICE CORSO YYYY - PARTECIPANTE NOME COGNOME**"

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, 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, le modalità organizzative del corso in oggetto. **L'iscrizione è effettiva esclusivamente ad avvenuto pagamento della quota di iscrizione del corso.** Il R.P.F. 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. Le iscrizioni vengono raccolte in ordine cronologico. Il corso è a numero chiuso. In caso di mancata partecipazione al corso, con preavviso superiore ai 5 giorni lavorativi, la sede amministrativa in calce tratterà e fatturerà il 50% della quota di iscrizione versata. Diversamente, in caso di mancata partecipazione al corso senza il preavviso di almeno 5 giorni lavorativi tratterà e fatturerà l'intera quota di iscrizione versata.

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

**PAGINA RISERVATA ALLE ISCRIZIONI MULTIPLE**

**NB. La tariffa scontata per le iscrizioni multiple è riservata ad un minimo di n. 3 partecipanti (appartenenti alla stessa azienda) iscritti al corso**

**Parte da compilare a cura dei PARTECIPANTI**

**2° Partecipante:**

Cognome e nome	Professione 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**

Autorizzo il Responsabile del Progetto Formativo (R.P.F.), 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) e per favorire tempestive segnalazioni inerenti ai servizi e alle iniziative di formazione.

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

**3° Partecipante:**

Cognome e nome	Professione 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**

Autorizzo il Responsabile del Progetto Formativo (R.P.F.), 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) e per favorire tempestive segnalazioni inerenti ai servizi e alle iniziative di formazione.

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