

Compila tutti i campi in STAMPATELLO e invia il presente modulo con i dati e l'attestazione di avvenuto pagamento a: formazione.elearning@intek-sicurezza.com			EL_1114
MODULO D'ORDINE - compilare a cura dell'azienda			
TITOLO DEL CORSO	DATA	SEDE	QUOTA DI ISCRIZIONE CAD.
FORMAZIONE COVID-19 PER LAVORATORI E PREPOSTI		E-Learning	€. 12,00 + iva
DATI AZIENDALI necessari per la fatturazione			
Ragione Sociale/Ente ¹			
Sede Legale ¹	c.a.p. ¹	città ¹	
P.Iva ¹	C.F. ²	SDI ¹	
P.E.C. (per chi non in possesso di SDI) ¹		e-mail ³	
Telefono ¹	Fax	Codice Ateco ¹	
Seguirà ordine formale da parte della vostra azienda: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
DATI AZIENDALI per l'INVIO DEGLI ATTESTATI e per le comunicazioni di servizio *			
Sede Operativa ¹		c.a.p. ¹	Città ¹
Persona di riferimento ¹	e.mail referente		Tel. referente
(1) CAMPI OBBLIGATORI; (2) CAMPO OBBLIGATORIO PER I PRIVATI; (3) SOLO PER LIBERI PROFESSIONISTI E PRIVATI			
* Anche per invio di comunicazioni ulteriori e successive (laddove autorizzate)			
CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI DELL'AZIENDA			
INFORMATIVA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG. EU 679/2016 - ESTRATTO			
Prendo atto che AiFOS tramite il Responsabile del Progetto Formativo (RPF) e la sede amministrativa specificata a piè di pagina acquisisce i dati personali (qui inseriti) nella propria banca dati per le finalità citate nell'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 in capo alla sede amministrativa e all'RPF 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). Ulteriori finalità della sede amministrativa e dell'RPF saranno specificate in altra informativa. 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 la sede amministrativa o il RPF 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 _____ (cognome e nome) <u>in qualità di DATORE DI LAVORO</u> dichiaro ai sensi dell'art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 che:			
<ul style="list-style-type: none"> Gli iscritti sono in possesso dei requisiti specificati nel programma del corso 			
Luogo e data _____		Firma _____	
<ul style="list-style-type: none"> Anche gli iscritti hanno preso visione delle informative ai sensi del Reg. UE 679/2016 			
Luogo e data _____		Firma _____	
(1) CAMPI OBBLIGATORI			
➤ MODALITÀ DI PAGAMENTO: Il pagamento della quota, maggiorato di IVA vigente a norma di legge, dovrà avvenire <u>contestualmente all'iscrizione al corso</u> a mezzo: <input type="checkbox"/> assegno bancario; <input type="checkbox"/> bonifico bancario intestato a INTEK SRL (Safety Training Solution)			
➤ Causale iscrizione "FORMAZIONE COVID-19 PER LAVORATORI E PREPOSTI + NOME PARTECIPANTE"			
❖ IBAN: IT11-L-05216-55732-000000099843			
La quota di iscrizione comprende: partecipazione al corso, materiale del corso, attestato e servizi previsti dal programma del corso. Per i corsi attrezzature, in La quota di iscrizione comprende: partecipazione al corso, dispense del corso, attestato e libretto formativo. Firmando la presente si dichiara di aver preso visione e di accettare le informazioni generali, il contenuto, le modalità organizzative del corso in oggetto. L'iscrizione è effettiva esclusivamente ad avvenuto pagamento della quota di iscrizione del corso.			
Luogo e data _____		Firma _____	

Compila tutti i campi in STAMPATELLO e invia il presente modulo con i dati e l'attestazione di avvenuto pagamento a: formazione.elearning@intek-sicurezza.com				EL_1114
PAGINA RISERVATA ALLE ISCRIZIONI (tutti i campi sono obbligatori)				
Partecipante				
Cognome e nome			Mansione	
Nato a	Prov.	Il	Cod. Fisc	
e-mail				
Partecipante				
Cognome e nome			Mansione	
Nato a	Prov.	Il	Cod. Fisc	
e-mail				
Partecipante				
Cognome e nome			Mansione	
Nato a	Prov.	Il	Cod. Fisc	
e-mail				
Partecipante				
Cognome e nome			Mansione	
Nato a	Prov.	Il	Cod. Fisc	
e-mail				
Partecipante				
Cognome e nome			Mansione	
Nato a	Prov.	Il	Cod. Fisc	
e-mail				
Partecipante				
Cognome e nome			Mansione	
Nato a	Prov.	Il	Cod. Fisc	
e-mail				
Partecipante				
Cognome e nome			Mansione	
Nato a	Prov.	Il	Cod. Fisc	
e-mail				
Luogo e data _____ Firma _____				