

PER LE PERSONE FISICHE

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

INFORMATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REG. 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 per l'adempimento degli obblighi di legge e per il processo formativo di cui AiFOS è garante - trascrizione formazione, rilascio attestato e libretto formativo).

Luogo e data _____ Firma partecipante _____

Prendo atto delle finalità in capo alla sede amministrativa ed all'RPF che disciplinano il regolare svolgimento del rapporto contrattuale, per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale e l'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.

Luogo e data _____ Firma partecipante _____

PER LE AZIENDE

	COGNOME*	NOME*	LUOGO DI NASCITA*	DATA DI NASCITA*	CODICE FISCALE*	E-MAIL
1						
2						
3						
4						
5						

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) in qualità di Datore di Lavoro dichiaro ai sensi dell'art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 che:

- Gli iscritti sono in possesso dei requisiti specificati nel programma del corso Luogo e data _____ Firma _____
- Anche gli iscritti hanno preso visione delle informative ai sensi del Reg. UE 679/2016 Luogo e data _____ Firma _____



CODICE	REVISIONE	DATA	PAGINA
MOD17.1X	02	29/06/2018	1/3

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 / C.F.

Referente per la fatturazione (nome e cognome)

QUOTE D'ISCRIZIONE

Quota d'iscrizione:

€ 20,00 + IVA

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

Accredito bancario a favore di **HRX srl RIF. BANCARI Cassa Risparmio Savigliano IBAN IT79C0630530360000190123952**

Causale iscrizione "**Guida in sicurezza – NOME PARTECIPANTE**" [È **obbligatorio** allegare la ricevuta di avvenuto pagamento]

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 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.** La sede amministrativa 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 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 la sede amministrativa tratterà e fatturerà l'intera quota di iscrizione versata.

Luogo e data _____ Firma _____



CODICE	REVISIONE	DATA	PAGINA
MOD17.1X	02	29/06/2018	2/3

Compila tutti i campi in STAMPATELLO e invia i moduli a ago@hrxtech.eu o al fax 011/6892418



CODICE	REVISIONE	DATA	PAGINA
MOD17.1X	02	29/06/2018	3/3